

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Novembre 1908, à 1 heure

PAR

J. RAYMOND

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
De l'Hôpital maritime de Berk-sur-Mer et de la clinique des voies urinaires

DE LA COLPOTOMIE

DANS LE

Traitement de l'Infection Puerpérale Grave

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { MM. WALTER, *agrégé*
GOSSET, *agrégé*
PIERRE DUVAL, *agrégé*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

—
1908

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Novembre 1908, à 1 heure

PAR

J. RAYMOND

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
De l'Hôpital maritime de Berk-sur-Mer et de la clinique des voies urinaires

DE LA COLPOTOMIE

DANS LE

Traitement de l'Infection Puerpérale Grave



Président : M. SEGOND, professeur

Juges { MM. WALTER, agrégé
GOSSET, agrégé
PIERRE DUVAL, agrégé

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	BRISSAUD
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMLIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	ICEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MAICEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MES FRÈRES

A MON ONCLE LE DOCTEUR TH. RAYMOND

*Qui fut mon premier maître à l'hôpital de
Limoges, et qui dans le courant de mes
études me donna toujours avec bienveil-
lance les conseils les plus éclairés.*

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de ma
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ECOLE DE LIMOGES

MM. LES DOCTEURS THOUVENET,
DEVAUX, J. LEMAISTRE, G. RAYMONDAUD

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

(1902-1903). M. LE DOCTEUR GUINARD

Internat provisoire

(1903-1904). M. LE DOCTEUR MÉNARD, chirurgien
de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer

(1904-1905). M. LE DOCTEUR BOURNEVILLE (Bicêtre)

M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER (Necker)

In memoriam

Internat

(1905-1906). M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HUMBERT
(Ricord)

M. LE PROFESSEUR FÉLIX GUYON (Necker).

(1906-1907). M. LE DOCTEUR LE NOIR (Saint-
Antoine).

(1907-1908). M. LE DOCTEUR GUINARD (Hôtel-Dieu).

(1908). MONSIEUR LE DOCTEUR MICHAUX (Beaujon).

M. LE DOCTEUR BOISSARD (Maternité de l'Hôpital
Tenon).

A MES PREMIERS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR THOINOT

M. LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT

A MES AUTRES MAITRES
DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS MORESTIN,
MARION, DEMELIN.

MM. LES DOCTEURS NAGEOTTE, LEREBoullet,
LAPOINTE, RUDAUX, HERBET, RIBIERRE

DE LA COLPOTOMIE

Dans le Traitement de l'infection puerpérale grave

INTRODUCTION

Malgré les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, l'infection puerpérale n'a pas disparu du cadre nosologique ; et quand bien même toutes les femmes accoucheraient à l'hôpital, quand on pourrait avant les jours qui précèdent l'accouchement leur donner les soins antiseptiques d'usage, on n'empêcherait pas les infections par fausse couche provoquée, infections qui, quoi qu'on fasse, sont de plus en plus fréquentes et se voient surtout dans nos services de chirurgie.

Mais il y a encore beaucoup d'infections *post partum* : c'est ainsi que nous arrivons à une morbidité d'environ 10 0/0, en prenant la moyenne de plusieurs statistiques

récentes, Budin à la Maternité de Paris, 12,8 0/0 (1895), 10,6 (1896), 10,6 (1897). A la clinique Tarnier, 9,6 en 1900, 5 0/0 en 1901, 4 0/0 en 1902, 6 0/0 en 1903.

Mais ces chiffres de morbidité englobent toutes les élévations de température au-dessus de 38, et, nombreux sont les cas où la fièvre disparaît après une injection intra-utérine, après un curage digital de la cavité.

Mais à côté de ces cas, il en est d'autres qui, par leur gravité, par la rapidité de leur évolution, s'en séparent nettement et demandent une thérapeutique très active. Le grand nombre de traitements médicaux et chirurgicaux dirigés contre ces formes d'infection puerpérale grave, les discussions vives qui se sont élevées à leur propos montrent assez que l'accord n'est pas encore fait sur la conduite à suivre dans les différents cas.

A quel moment une infection cesse-t-elle d'être intra-utérine, c'est-à-dire susceptible de subir une thérapeutique locale pour devenir extra-utérine ? Si elle est extra-utérine, est-elle localisée aux organes voisins ou généralisée ? Enfin le diagnostic de la lésion fait, quel traitement lui appliquer ? Ce sont autant de points qui demandent à être précisés.

ESSAI D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Voyons d'abord comment se fait l'infection intra-utérine, comment elle se généralise, pour établir ensuite en quoi et comment le traitement chirurgical pourra lutter contre elle.

Après l'accouchement, l'utérus se présente dépouillé de la caduque intra-utérine et du placenta ; pendant quelques jours, il sera comme une plaie vive à la merci des microbes, streptocoque le plus souvent, mais aussi autres microbes aérobie ou anaérobie qui y seront déposés. Dans cet utérus puerpéral, que l'état puerpéral soit consécutif à un avortement ou à un accouchement normal, nous allons trouver : une muqueuse ou ce qui en reste, le muscle utérin, des sinus utérins et enfin les lymphatiques. De l'utérus partent en haut les deux orifices des trompes ; ces diverses parties pourront être le siège de l'infection.

La muqueuse : sa lésion donnera lieu à une endométrite plus ou moins septique qui sera justiciable du traitement intra-utérin et qui par conséquent ne nous intéresse pas.

La musculature : elle sera atteinte à un stade plus avancé de l'infection ; ce sera la métrite parenchymateuse avec lésions pour tout le muscle utérin, plus mar-

quées encore au niveau de l'aire placentaire ; cette forme, qu'il s'agisse de la métrite parenchymateuse simple, qu'il y ait encore une gangrène de l'utérus, est encore une infection localisée qui sera justiciable d'un traitement local.

Les sinus intra-utérins : l'infection à un stade plus avancé envahira les sinus intra-utérins. Si l'infection est très aigüe, si le terrain est particulièrement peu résistant, comme chez certaines femmes fatiguées par un long travail, à la suite d'intervention intra-utérine laborieuse, les microbes passent de suite dans l'économie sans produire de lésion locale : c'est la septicémie puerpérale.

Si au contraire, l'infection est moins virulente, il y a inflammation des veines, thrombophlébite des sinus d'où vont partir les embolies qui vont se localiser dans les différents organes de l'économie : c'est la forme pyohémique de l'infection puerpérale.

La paroi des veines péri-utérines pourra, elle aussi, suppurar, donnant naissance à des abcès le plus souvent localisés du petit bassin ou à des abcès de l'utérus.

Les lymphatiques : des lymphatiques intra-utérins naîtra une infection qui donnera souvent lieu à une intervention chirurgicale. Ce sera le péritoine qui sera d'abord atteint.

La péritonite était autrefois de beaucoup la forme la plus fréquente de l'infection puerpérale ; Behier l'a rencontrée 114 fois sur 142 autopsies, Maygrier (1883) trouve sur 60 épidémies 20 fois la forme péritonitique dominante ; dans les nombreux cas où on a fait l'hystérectomie abdominale, on a trouvé très souvent des lésions du péritoine.

L'infection péritonéale peut revêtir deux formes : la plus rare suraiguë évoluant en un à deux jours vers la mort ; on trouve l'intestin congestionné, les anses distendues ; c'est la forme foudroyante d'Hervieux ou péritonite générale d'emblée ; c'est celle qu'on rencontre le plus rarement. Ou bien on a la forme purulente généralisée secondairement : c'est la plus fréquente. Les intestins sont dilatés, baignant dans une sérosité purulente qui peut atteindre plusieurs litres ; bientôt les membranes fibrineuses vont accoler les anses entre elles amenant la formation d'adhérences, pouvant parfois limiter de véritables abcès enkystés du péritoine.

La péritonite au lieu d'être généralisée pourra être localisée donnant naissance à la pelvi-péritonite avec pus, bombant plus ou moins dans le cul-de-sac de Douglas ; cette pelvi-péritonite pourra provenir d'une lymphangite utérine, elle sera très souvent l'indice et la complication d'une collection tubaire ou tubo-ovarienne.

Les lymphatiques et les veines partis de l'utérus septique pourront enfin infecter le tissu cellulaire péritonéal donnant naissance au phlegmon du ligament large dont le pus collecté viendra faire saillie, soit à la paroi abdominale près de l'arcade de Fallope, soit dans le vagin où on pourra l'évacuer.

Telles sont très rapidement énumérées les diverses formes que pourra revêtir l'infection puerpérale. Des formes ne dépassant pas la musculature utérine, nous ne nous occuperons pas ; ces affections pouvant et devant être traitées et guéries par une thérapeutique locale, curettage, écouvillonnage, lavages intra-utérins.

LES DIVERSES MÉTHODES OPÉRATOIRES

A ces lésions anatomiques bien nettes, on a été tenté, surtout depuis l'ère chirurgicale moderne, d'opposer une thérapeutique active. Avant d'en arriver là, on a, suivant les époques, employé les divers moyens médicaux en honneur, saignées, purgatifs, est-il besoin de les rappeler ? Déjà plus près de nous, on s'est servi de l'opium pour lutter contre les douleurs et le péritaltisme intestinal dans la péritonite ; on a mis de la glace sur le ventre, moyens médicaux, qui s'ils ne font actuellement pas toute la thérapeutique moderne, sont encore de bons adjuvants à une action médicale ou opératoire plus active. Il en sera de même des injections de sérum chirurgical. Les sérums spécifiques (anti-streptococcique de Marmoreck) paraissent tombés dans un juste oubli. Le traitement médical spécifique actuel est surtout représenté par le collargol qu'on donne par voie buccale ou cutanée, mais surtout en injections intra-veineuses.

La dernière statistique parue de MM. Bonnaire et Jeannin (1) donne encore une mortalité de 10 0/0 sur 43 cas traités et encore il s'agissait « de femmes sérieusement

1. Jeannin, « De l'emploi de l'argent colloïdal dans le traitement de l'infection puerpérale. » *Progrès médical*, 1908, p. 373.

infectées présentant des symptômes de nature à faire redouter une septicémie généralisée », ce n'est donc pas encore la méthode curative définitive.

De tous temps, on a été tenté d'agir directement sur la cause même de l'infection puerpérale. Quand l'infection n'a pas dépassé l'utérus, le curettage pour certains auteurs, le curage digital pour d'autres, associés à des injections intra-utérines à l'eau iodée ou oxygénée, font merveille et ont raison de la plupart des infections peu septiques dues à la rétention momentanée de débris placentaires ou de membranes. Nous trouvons ces méthodes excellentes et nous croyons qu'on doit toujours y avoir recours dans tous les cas d'infection puerpérale avant d'essayer un autre traitement, car il est logique, avant de chercher à lutter contre l'infection généralisée, d'agir contre la cause première de cette infection.

Mais nous avons en vue ici l'infection puerpérale grave, c'est-à-dire l'infection qui a franchi les limites de l'utérus,

Les méthodes chirurgicales actuelles peuvent se diviser en deux grandes classes :

Méthodes du début de l'affection ;

Méthodes plus tardives.

Au début, ou du moins dans les premiers jours, nous voyons employer l'hystérectomie, la coeliotomie abdominale ou vaginale ou abdomino-vaginale. Plus tard, nous verrons faire la ligature des veines thrombosées, méthode inaugurée par Trendelenbourg et usitée surtout en Allemagne ; enfin, la colpotomie, pour ouvrir les collections pelviennes.

Nous étudierons surtout les opérations chirurgicales qui sont les opérations d'urgence qu'il faut savoir pratiquer assez à temps pour sauver la vie à la malade : l'hystérectomie, la coeliotomie.

1^o *L'hystérectomie.* — L'hystérectomie fut pratiquée pour la première fois par Schultze (1886) qui fit une opération de Porro pour rétention placentaire. Roosenbourg de la Haye (1889) fit la première hystérectomie vaginale. Depuis, cette opération fut surtout en honneur en Amérique. La première étude d'ensemble fut faite en France par Bonamy (1), interne de Tuffier qui dans sa thèse rassemble 31 observations d'hystérectomie avec 11 morts. En 1901, la Société de Chirurgie de Paris et la Société d'Obstétrique discutent cette question nouvelle ; alors que les chirurgiens s'en montrent en grand nombre partisans, les accoucheurs en restreignent les indications. Au congrès de Rome (1902), les rapporteurs Treub, Fehling (de Strasbourg) Léopold (de Dresde) se montrent peu enthousiastes de l'hystérectomie, alors que Tuffier la défend. Au congrès de Madrid (1903), Pinard reprend la question et se déclare opposé à la méthode parce que « la clinique, la bactériologie, l'anatomie pathologique sont à l'heure actuelle impuissants à fournir une indication d'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë ».

La thèse de Mouchotte (2) discute tous les cas d'infection puerpérale grave où il faut recourir à l'ablation de l'utérus. La Société de Chirurgie enfin discute la voie à

1. Bonamy. *De l'Hystérectomie dans l'Infection puerpérale aiguë*, 1899.

2. Mouchotte. *Documents pour servir à l'Etude de l'Hystérectomie dans l'Infection puerpérale post abortum*. Paris, 1903.

suivre, abdominale ou vaginale, en concluant en grande majorité que la voie abdominale est préférable.

Les auteurs qui avaient préconisé l'hystérectomie y avaient été conduits par l'échec ordinaire en certains cas des méthodes thérapeutiques habituelles (10 0/0 des cas d'infection puerpérale grave, Tuffier, congrès de Rome, 1902) ; et de fait, il était tentant d'enlever d'un seul coup l'endroit d'où partait l'infection, l'endroit où pullulaient les microbes et où se produisaient les toxines.

L'ablation de l'utérus, qu'on la fasse par voie abdominale ou vaginale, permet de plus un drainage merveilleux de la cavité abdominale. Donc deux avantages théoriques à l'hystérectomie ; on enlève la cause du mal, on draine le péritoine au point le plus favorable, au point déclive.

Ces arguments parfaits en théorie le sont-ils en pratique ? Là, les opinions diffèrent ; à quel moment est-on amené à pratiquer l'hystérectomie ? « Le plus souvent, dit Tuffier (congrès de Rome) l'accoucheur nous livre la malade dans un état grave, souvent désespéré, parce qu'il y a peut-être encore pour elle une chance de salut dans une intervention chirurgicale ; on a essayé chez elle tous les traitements habituels de l'infection puerpérale ; injections intra-utérines, irrigation continue, écouvillonnages, curettages, injections sous-cutanées ou intraveineuses de serum physiologique ou de sérum antistreptococcique, bains froids, etc. Ces femmes sont des moribondes et la seule indication réside dans l'échec de tous les traitements employés, dans l'impuissance avouée de l'accoucheur et dans la mort presque inévitable de la femme si on l'abandonne à son sort ».

Il est évident qu'à ce moment l'hystérectomie sera inutile, parce que trop tardive : l'infection n'est plus à l'utérus, mais dans tous les organes ; même si elle était localisée, la malade est dans un état général trop grave pour supporter un tel traumatisme. A quel moment alors allons-nous intervenir et à quelle catégorie de malades allons-nous appliquer l'hystérectomie ? Là, les indications thérapeutiques sont très délicates ; une femme a de la fièvre, on va tenter d'abord le traitement local indiqué ci-dessous. Vaut-on d'emblée chez toute femme infectée gravement pratiquer l'hystérectomie ? Terrier (1) le propose, il a dans un cas enlevé l'utérus sans faire de curettage préalable ; la malade a guéri et la pièce anatomique enlevée a montré que les lésions étaient localisées à l'utérus ; mais alors on va faire l'hystérectomie à toute femme qui a eu des couches septiques ! Ne savons-nous pas que la mortalité de l'infection puerpérale grave est seulement de 10 0/0, et, si comme dit Rochard il vaut mieux conserver une mère à ses enfants que de lui laisser la possibilité d'en avoir d'autres, il n'en est pas moins vrai que l'on va exposer une femme en état général grave à un traumatisme chirurgical considérable, puisque la statistique actuelle des hystérectomies pour infections puerpérales donne une mortalité de 40 à 75 0/0 (Bar et Jeannin) (1).

Donc l'hystérectomie aura toujours contre elle deux gros arguments : gravité du shock opératoire, difficulté de savoir à quel moment il faut intervenir. Elle a encore un autre inconvénient, c'est qu'elle sera difficile à faire accepter aux

1. Terrier. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1901.

2. Bar et Jeannin. *Pratique de l'Art des Accouchements*, t. II, p. 465.

malades qui auront toujours tendance à reculer l'intervention et par conséquent à en diminuer les chances de succès.

L'hystérectomie après une période où elle a été en grande faveur voit donc restreindre de jour en jour ses indications ; actuellement, on la limite à un certain nombre de cas où il y a des lésions bien déterminées et diagnostiquées de l'utérus : rétention placentaire incurable, gangrène utérine, physométrie (Demelin et Jeannin), abcès utérin dont on fera rarement le diagnostic, coïncidence de l'infection et d'une déchirure de l'utérus, coïncidence de l'infection et d'une tumeur de l'utérus (cancer ou fibrome sphacélé), infection d'une môle hydatiforme. Ce sera dans ces cas seulement qu'on pourra intervenir d'une façon précoce et enlever avec l'utérus infecté les causes de l'infection et les malformations connues et diagnostiquées.

Mais là ne s'arrête pas le traitement chirurgical de l'infection puerpérale. Nous avons vu au début de cette étude combien étaient fréquentes les manifestations péritonéales. On a donc été tenté de donner issue au pus en ouvrant la cavité abdominale : laparotomie médiane ou latérale et enfin colpotomie.

2° *La laparotomie.* — Elle a été pratiquée un certain nombre de fois et Jeannin (1) rapporte 113 cas de péritonite puerpérale généralisée traitée par la laparotomie avec 49 0/0 de guérisons. Ce sont des cas dans lesquels il y avait manifestement des phénomènes de péritonite avec épanchement qu'on a ouverts et drainés. Ce drainage a

1. Jeannin, *Traitement de la péritonite puerpérale in l'obstétrique*, 1906; p. 218.

été abdominal le plus souvent, abdomino-vaginal dans quelques cas. La laparotomie dans ces cas est tout à fait logique ; elle donne issue au pus contenu dans le péritoine. Mais ce n'est pas une opération bénigne ; il faut avoir vu avec quelle violence les anses météorisées dans la péritonite aiguë viennent se presser contre la paroi, avec quelle difficulté on les rentre, pour comprendre quel traumatisme considérable la coeliotomie sera pour des femmes en état général grave. On a encore donné comme avantage à la laparotomie la possibilité de diagnostiquer exactement les lésions ; on peut le faire, mais en mettant la malade en position renversée de Trendelenbourg et en risquant de faire couler le pus jusqu'au diaphragme ; on sera néanmoins gêné par le météorisme intestinal, et en outre si on veut bien voir, on se lancera dans une opération bien trop longue pour être bénigne.

Où l'intervention est moins parfaite encore, c'est dans l'évacuation du pus ; on lave au moment de l'opération, on peut, mais en mettant longtemps, enlever tout le pus à condition encore de traumatiser pas mal les anses intestinales ; on va drainer, car malgré l'opinion exclusive de certains, il semble difficile de ne pas donner issue au pus très septique de la péritonite puerpérale. On va donc drainer, mais rien n'est plus illusoire que de compter avec un drain en caoutchouc mis verticalement évacuer du pus qui stagne dans la profondeur. Tout au plus, le drainage capillaire avec la gaze, avec des mèches contenues dans le drain (drain de Goldman, drain cigarette) pourra-t-il assurer l'écoulement de la sérosité ; encore faut-il bien se dire que le pus de la péritonite puerpérale contenant des

fausses membranes abondantes et des grumeaux, il se formera le plus souvent de la rétention derrière le drain associé ou non à la gaze. Le drainage vaginal complètera parfaitement l'opération et on ne devra jamais pratiquer la laparotomie pour péritonite sans mettre un drain au point déclive de la cavité abdominale. Mais nous l'avons vu très souvent, la laparotomie elle-même constituera un traumatisme trop considérable et donnera le coup de grâce à des femmes déjà profondément affectées ; c'est pourquoi certains chirurgiens ont proposé la colpotomie simple.

3° *La colpotomie.* — La colpotomie est l'ouverture dans des culs-de-sacs du vagin, cul-de-sac antérieur, en décollant la vessie de l'utérus, et plus souvent, cul-de-sac postérieur permettant d'arriver dans le Douglas, point le plus déclive de la cavité abdominale.

Paul d'Egine l'aurait le premier pratiquée. On la trouve citée dans le *Traité d'Accouchement* de Guillemeau (1643) ; Callisen, Macarn (1788) la préconisèrent. Pelletan, Velpeau, Laugier l'ont pratiquée un certain nombre de fois. Récamier vante beaucoup la colpotomie et fait construire un instrument spécial analogue au pharyngotome. Demarquay a de même un instrument tout à fait compliqué. Plus près de nous, Bernutz et Goupil, Gaillard Thomas, Spencer Wels, de Sinéty, Gallard, Siredey et Danlos, Schröder, Emmet ouvrent par le vagin des collections qui y font saillie et qui sont fluctuantes, collections qui sont parfois consécutives à une affection utérine, mais aucun d'eux n'en fait une méthode de traitement de l'infection puerpérale grave.

Kaltenbach le premier pratique la colpotomie dans un

cas de péritonite aiguë généralisée et sauve sa malade. A la discussion de la Société de Chirurgie en 1901, il fut peu question de la colpotomie ; tout au plus parla-t-on du drainage abdomino-vaginal. Chaput (1) rapporte un cas où il pratique avec un résultat heureux le drainage abdomino-vaginal, Poirier (2) cite de même un cas favorable où il traite par la laparotomie et le drainage intra-utérin et vaginal une perforation de l'utérus. Depuis on trouve des observations de plus en plus fréquentes, plusieurs sont communiquées à la Société d'Obstétrique. Le travail le plus important sur ce sujet est de notre collègue et ami, Léon Sourdille (3), qui rapporte et discute 5 cas personnels présentés à la Société d'Obstétrique par M. Maucilaire.

La colpotomie se présente à nous d'une manière très logique quand il s'agit d'évacuer et de drainer une collection abdominale. Le cul-de-sac de Douglas est, nous l'avons dit, le point le plus déclive de la cavité péritonéale. D'Herbécourt (4), dans sa thèse, fait des expériences sur le drainage vaginal, il opère la colpotomie postérieure sur le cadavre.

« a) *Rectum vide*. — Nous avons opéré de la façon suivante : le corps étant placé dans le décubitus dorsal, l'abdomen fut d'abord largement ouvert au moyen d'une incision médiane de laparotomie. Toute la masse intestinale fut immédiatement réclinée vers le haut et maintenue à

1. Chaput. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1901.

2. Poirier. *Idem*.

3. Léon Sourdille. Traitement de l'infection puerpérale grave par la laparotomie ou la colpotomie sans hystérectomie, in *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1905, p. 857.

4. D'Herbécourt. *De la Voie vaginale sans Hystérectomie*. Thèse de Paris, 1901.

l'aide de compresses. Les cuisses étant alors fléchies sur le bassin, nous pratiquons la colpotomie postérieure. Deux valves antérieures et postérieures furent placées dans le vagin, le col saisi et attiré de bas en haut par une pince à traction : l'incision fut alors conduite de gauche à droite au niveau de l'insertion du cul-de-sac vaginal au col utérin ; le doigt introduit alors dans l'incision cheminait le long de la face postérieure de l'utérus jusqu'au cul-de-sac péritonéal qui fut incisé à ce moment : un gros drain fut placé dans l'incision. Les jambes furent alors de nouveau allongées et rapprochées, le corps se trouvant toujours dans le décubitus dorsal complet. Le drain saillant de un centimètre environ en dedans de l'incision, on fit couler dans le petit bassin un filet d'eau pour en remplir la cavité. Au moment où le niveau du liquide ainsi versé atteignait l'orifice interne du drain et où l'écoulement était assuré par l'intermédiaire de celui-ci, le liquide restant dans la cavité profonde fut mesuré : il y en avait 80 centimètres cubes. Nous fîmes alors pénétrer le drain plus profondément et nous pûmes encore extraire quelques centimètres cubes du liquide, mais une notable quantité fut absolument impossible à drainer, vu que le niveau était situé plus bas que l'orifice du drain. Le volume de la nappe restante fut alors exactement évalué dans les mêmes conditions que précédemment, il mesurait 60 centimètres cubes ; c'est donc là le chiffre le plus infime que nous pûmes obtenir dans le décubitus dorsal.

« Nous fîmes alors varier les attitudes. Le corps étant placé dans la position assise, mais cependant non verticale, les jambes allongées horizontalement, le rectum

comme précédemment absolument vide, nous reprîmes la technique précédente. Faisant saillir intérieurement le drain de un centimètre, le petit bassin fut rempli, l'écoulement du liquide par le drain fut obtenu au moment où la quantité du liquide injecté était exactement de 65 centimètres cubes. La position précédente fut alors exagérée, le tronc situé verticalement, les jambes horizontales, il restait dans le petit bassin 40 centimètres cubes de liquide absolument impossible à drainer de l'excavation. Non content de voir dans ces différentes attitudes le volume du liquide restant diminuer parallèlement aux situations de plus en plus verticales du tronc, nous fîmes la même expérience exagérant de plus en plus la verticalité du corps. Etudiant alors ce qui se passait dans la position demi-assise, cuisses pendantes en dehors du lit, nous vîmes le volume restant indrainable en quelque sorte s'abaisser à 20 centimètres cubes. Dans la position tout à fait verticale, cuisses pendantes, rectum toujours vide, le résidu fixe était de 10 centimètres cubes. La progression des nappes restantes est progressive et graduelle et nous pouvons en conclure que plus le tronc se rapproche de la verticale, plus l'effet du drain se trouvera efficace.

b) *Rectum descendu*. — L'anús étant fermé, le corps fut placé dans la première situation, c'est-à-dire dans le décubitus dorsal, les jambes allongées et rapprochées, une boutonnière fut pratiquée au gros intestin au niveau du côlon descendant, et une injection fut poussée dans le rectum par l'intermédiaire du côlon ilio-pelvien. Le drain saillant de un centimètre et la distention du rectum poussée jusqu'à ce que cet organe affleure l'extrémité du drain

et entre en contact avec lui, on remplit à nouveau l'excavation. L'écoulement du liquide se produisit par le drain lorsqu'on eut injecté 10 centimètres cubes.

« En imprimant ensuite quelques mouvements au drain, on arrivait encore à retirer quelques centimètres cubes ; le résidu fixe fut alors exactement mesuré et reconnu équivalent à 5 centimètres cubes. L'expérience fut d'ailleurs poussée plus loin et on fit saillir le drain de 3 centimètres environ. Le rectum fut vidé par l'anus rendu perméable ; on pratiqua ensuite à nouveau l'obturation de cet orifice et on remplit de liquide le petit bassin. Une injection fut poussée comme précédemment dans le rectum et cet organe étant alors distendu à fond, on vit le drain se soulever, la cavité s'effacer complètement, occupée qu'elle était par l'organe, et se sécher instantanément. Tout le liquide passa par le drain dont le fonctionnement devint alors parfait dans ces conditions. »

Nous avons repris ces expériences et avons en outre étudié quelle importance avait la longueur du drain. Faisant une ponction entre le pubis et l'ombilic, nous injectons du liquide dans le péritoine ; nous faisons ensuite une colpotomie, 1/4 de litre environ s'écoule. Nous mettons un drain affleurant l'ouverture vaginale, rien ne s'écoule, nous plaçons le corps en position assise, l'écoulement recommence, mais est peu abondant. Par des pressions sur le ventre, nous arrivons à faire sortir encore une certaine quantité de liquide ; sur le vivant, nous n'aurions pas fait ces pressions, mais il est à supposer que les mouvements des anses intestinales auraient favorisé l'écoulement. Nous introduisons ensuite, la femme étant

couchée, le drain à l'aide d'une longue pince à 8 centimètres au delà de l'ouverture. Nous avons choisi cette longueur pour que le drain affleure le fond de l'utérus ; il a tout entier environ 20 centimètres.

L'écoulement se reproduit aussitôt et est très abondant ; la pression sur l'abdomen augmente encore le volume du liquide écoulé.

Nous mettons enfin le corps vertical, les jambes pliées ; il ne semble pas à ce moment que l'écoulement se produise ; peut-être la position nouvelle coude-t-elle le caoutchouc ? En tous cas, la direction de celui-ci est moins rectiligne que précédemment.

L'ouverture de la cavité péritonéale nous montre qu'il y a encore du liquide au-dessus de l'S Iliaque. En eût-il été de même sur le vivant, le péristaltisme intestinal pouvant favoriser l'écoulement ?

En tous cas, on a évacué la majeure partie de l'eau injectée surtout quand on a mis le drain au niveau du fond de l'utérus.

Nous voyons donc par ces expériences que la colpotomie postérieure est la voie d'élection pour drainer la cavité péritonéale. L'incision du cul-de-sac antérieur ne sera de mise que par exception, dans les cas où une poche sera située entre la vessie et l'utérus et ne pourra par conséquent pas être atteinte par l'incision postérieure (obs. XIX, XXI). On n'a d'ailleurs pu faire à la fois les deux incisions (obs. VIII).

La colpotomie postérieure permet donc le drainage le plus parfait de la cavité abdominale. Elle est de plus d'une grande inocuité : c'est peut-être même ce qui a fait

qu'elle ait donné beaucoup d'insuccès. Je m'explique : on apporte à l'hôpital des malades moribondes avec une volumineuse collection dans le cul-de-sac de Douglas ; on pratique la colpotomie, la malade meurt (obs. X), on en conclut que cette opération donne de mauvais résultats ; certainement ! Mais quelle méthode alors en aurait eu un meilleur ? La colpotomie est donc le seul traitement possible dans cette période préagonique. Si elle a parfois des résurrections à son actif, il ne faut pas lui en vouloir de ce qu'elle ne sauve pas toujours les malades.

L'incision du cul-de-sac de Douglas est donc peu traumatique. Elle peut être faite sans anesthésie, ce qui chez des malades très intoxiquées a une importance capitale et c'est un avantage énorme sur les autres interventions : laparotomie et surtout hystérectomie. La colpotomie étant sans aucun inconvénient ; on peut faire une colpotomie blanche sans faire courir le moindre risque à la malade. On trouve du pus, on draine ; on ne trouve rien, on suture ou on laisse la plaie se fermer seule. On nous objectera que le vagin étant un milieu septique, surtout avec un utérus profondément infecté, on risque d'inoculer la cavité péritonéale. Mais le Douglas n'est-il pas le point le plus déclive ? Le péritoine, quand il y a infection générale, n'est-il pas très souvent pris ? Et enfin, point sur lequel nous insisterons plus tard, y a-t-il un grand inconvénient à produire une réaction dans le petit bassin ? Par sa bénignité, la colpotomie peut donc devenir une méthode précoce ; elle permet dans beaucoup de cas de savoir s'il y a ou non atteinte péritonéale ; elle mérite donc de venir en tête quand on pense que l'infection a franchi la barrière musculaire utérine.

On lui a reproché plusieurs inconvénients : elle peut infecter, nous en avons fait justice. Elle est aveugle, elle est insuffisante. Elle est insuffisante s'il y a des poches enkystées ; le reproche est en partie justifié. Il est vrai que par le vagin on ne peut ouvrir des collections purulentes haut situées au-dessus de l'utérus, ou entre les anses intestinales. Il ne faut pas demander à la méthode plus qu'elle ne peut donner, il est évident que si nous pensons un abcès localisé en un point quelconque de la grande cavité péritonéale, nous n'interviendrons pas par le vagin. Par l'incision de la colpotomie, on peut avec le doigt remonter très haut et effondrer des poches purulentes (obs. XXI). Si on ne peut toutes les atteindre, qui est-ce qui empêche les jours suivants, si la fièvre ne tombe pas, si on soupçonne l'existence de poches nouvelles, de faire une laparotomie dans de meilleures conditions, puisqu'on a évacué déjà une grande partie du pus, d'ouvrir les collections qu'on n'avait pu atteindre, et de pratiquer le drainage abdomino-vaginal.

On a dit aussi que la colpotomie est aveugle. Certainement on voit mieux avec la laparotomie, mais on voit avec plus de danger pour ces malades déprimés et infectés ; on peut faire la colpotomie quand on ne peut pas se permettre d'autres interventions, et entre ne rien faire et faire quelque chose qui peut être incomplet, il vaut mieux se décider pour la seconde de ces alternatives. Mais toutes ces interventions peuvent avoir leurs indications ; ce qui est le plus important, c'est de savoir quand il faut intervenir et quels sont les signes qui nous y poussent.

SÉMÉIOLOGIE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Existe-t-il des signes qui nous permettent de dire que l'infection microbienne a dépassé la barrière musculaire pour se généraliser ? Peut-on savoir à quel moment s'est faite cette propagation ? Notions nécessaires pour apporter une thérapeutique active, car c'est le moment où le traitement intra-utérin va devenir insuffisant et celui où il faudra faire autre chose pour sauver la malade.

Nous devons nous enquérir des antécédents, savoir s'il s'agit d'un accouchement ou d'un avortement, s'il y a eu dans le premier cas des manœuvres obstétricales, s'il y a eu ou non rétention placentaire, à quel moment enfin s'est produit l'accouchement ou l'avortement, toutes notions qui nous seront nécessaires non pas tant pour savoir si l'infection est généralisée que pour savoir si l'infection est grave ou non.

Pour l'avortement, nous aurons rarement des renseignements précis, les malades ne voulant pas avouer, en général, dans quelles conditions s'est produite l'interruption de la grossesse.

Une fois ces renseignements connus, quels sont les signes qui vont nous permettre de savoir que l'infection s'est généralisée ? Nous aurons des phénomènes généraux

et des phénomènes locaux ; nous verrons ensuite de quelle utilité pourront être les examens du sang, au point de vue tant bactériologique qu'histologique.

Les phénomènes généraux sont ceux qui appellent le plus rapidement l'attention. Tuffier (congrès de Rome) les décrit : « Quand une femme à la suite d'un avortement ou d'un accouchement est prise d'une fièvre intense avec frissons répétés, que son pouls devient rapide, petit et mou, sa respiration anxieuse et superficielle, que ses yeux s'excavent, que son teint et sa langue prennent, l'un cette coloration jaune terreux, l'autre cet aspect grillé si caractéristique, que les téguments se marbrent, que le ventre se météorise, qu'il y a de la diarrhée, de la diminution des urines, des crampes douloureuses, du subdélire : il est impossible de ne pas voir là les signes d'une infection grave et de ne pas songer à recourir à une thérapeutique énergique. »

Il est évident qu'avec cet ensemble symptomatique, on doit penser à une généralisation de l'infection ; mais nous ne devons pas attendre l'apparition de tous ces signes pour intervenir ; car nous risquerions d'arriver trop tard. Ces symptômes moins au complet permettent-ils de faire le diagnostic ?

La fièvre est un signe des plus précoces, mais elle n'est pas un signe constant ; de plus dans toute rétention placentaire avec pertes fétides, on peut avoir sans généralisation 39, 40 ; cette fièvre cède en général au traitement intra-utérin. Sa persistance seule après le traitement local soigneusement fait permettra de penser qu'il y a une complication infectieuse.

Dans certaines formes de péritonite, il peut y avoir un ensemble général grave sans élévation de température. Dans trois de nos observations (VIII, XIII, XIV) nous avons eu une absence de fièvre ou une fièvre peu élevée avec un ensemble symptomatique des plus inquiétants. Ce n'est donc pas un signe assez certain de généralisation de l'infection.

La fréquence du pouls est un facteur de même valeur. Elle fait partie toujours de l'ensemble symptomatique grave (obs. VIII, XIII). Après avoir parlé de la fièvre, Tuffier écrit : « Je dirai la même chose sur le pouls, qui, chez les infectées suit la température ; il devient rapide, filant, mou, quand le thermomètre s'élève, de façon que sur les feuilles de température des malades, nous le voyons pour ainsi dire suivant la parallèle de cette dernière. » Nous ne sommes pas tout à fait de cet avis. Il nous a semblé dans les cas d'infection puerpérale que nous avons vus, que la rapidité du pouls précédait l'ascension de la température de douze à vingt-quatre heures ; de même, quand nous voyons le pouls devenir moins fréquent, nous prédisons pour le lendemain une chute de la fièvre. Il est donc, d'une manière générale, exact que le pouls et la température sont parallèles, mais le pouls précède toujours : c'est l'opinion de Christeanu qui dit : « La fréquence du pouls précède toujours l'ascension thermique ; c'est le premier symptôme de l'affection. »

Quand donc nous verrons une accouchée présenter, au lieu du ralentissement normal du pouls, une accélération notable, même sans fièvre, nous penserons à une infection probable. De là, en déduirons-nous que l'infection va

dépasser l'utérus, c'est autre chose. Et nous pourrions de même avoir un pouls très petit et très rapide sans aucune généralisation microbienne. Cependant, nous aurons un signe de gravité de l'infection : ce sera la persistance de la fréquence du pouls malgré le traitement institué.

Les autres signes généraux auront une plus grande valeur ; le facies des infectées, le teint plombé, les yeux excavés, le nez pincé, les narines pulvérulentes, la langue sèche avec fuliginosités des lèvres, le tremblement des mains forment un ensemble symptomatique qui, coexistant avec la fièvre, la rapidité du pouls et la rareté des urines prouve une infection profonde de l'organisme. Mais ces cas mêmes ne doivent pas faire porter un pronostic fatal. Ricard (1) dit : « J'ai vu dans le service d'isolement de Saint-Antoine, au milieu d'autres infectées plus légèrement, deux malades gravement atteintes dont voici les courbes de température : leur pouls atteignait 130, le thermomètre montait au-dessus de 40. L'une avait le visage congestionné, la respiration haletante, une certaine anxiété respiratoire, l'autre plus pâle, le facies décoloré avait cette béatitude que nous voyions si souvent autrefois chez les septicémiques. Chez ces deux malades accouchées depuis quelques jours, le ventre était souple, non douloureux, le globe utérin volumineux atteignait presque encore l'ombilic ; j'avais la conviction que ces malades étaient presque condamnées. En tout cas, de leur examen attentif résultait pour moi cette impression ; c'est que si j'étais consulté comme chirurgien, je considérerais toute inter-

1. Ricard. Société de Chirurgie, 13 mars 1900.

vention comme inutile et périlleuse et que je refuserais de l'exécuter.

« Ces deux malades sont aujourd'hui en voie de guérison ; je suis persuadé que si elles avaient subi les assauts de la chirurgie elles seraient mortes. »

Il conclut que « dans l'état actuel de la science, l'hystérectomie n'a pas encore trouvé d'indications suffisantes pour pouvoir être proposée comme traitement de l'infection puerpérale aiguë ».

Ricard se basant sur cet ensemble symptomatique disait qu'on ne devait pas pratiquer l'hystérectomie, nous verrons tout à l'heure si on n'aurait pas pu dans un cas analogue proposer logiquement une autre intervention. Il semble donc que les phénomènes généraux, la température, le pouls peuvent ne pas donner séparés les indications opératoires suffisantes. Il en est autrement des signes de péritonite généralisée ou localisée ; vomissements porracés, constipation absolue, ballonnement du ventre, matité dans les flancs avec ou sans distention au toucher des culs-de-sacs vaginaux. Tous les auteurs paraissent à peu près d'accord pour faire de ces signes une indication opératoire absolue, « toute péritonite généralisée doit être sitôt diagnostiquée chirurgicalement traitée » (Jeannin) (1). Krogius conclut dans son rapport au congrès de Bruxelles (1905) « : la péritonite généralisée est une infection exclusivement chirurgicale, que seul un traitement opératoire peut combattre efficacement. » Nous discuterons tout à l'heure quelle intervention il faut con-

1. Jeannin. « Traitement des péritonites puerpérales. » *L'Obstétrique*, mai 1906.

seiller : toute infection puerpérale avec des signes de péritonite doit donc être traitée chirurgicalement ; c'est une indication absolue.

On a cherché encore si des signes locaux pouvaient plaider en faveur de la pullulation extra-utérine des microbes. La non-régression de l'utérus a semblé à Rochard une indication nette de pratiquer l'hystérectomie. Picqué en fait un signe d'abcès de la paroi ; mais la plupart des auteurs (Treub, Tuffier, congrès de Rome, Christeanu, etc) y voient un signe banal coexistant avec toute infection quelque petite qu'elle soit de l'utérus puerpéral.

La recherche des bacilles dans les lochies peut-elle nous dire si l'infection sera bénigne ou grave, s'il y aura tendance à la localisation ou à la diffusion de l'infection ?

Oui, théoriquement, s'il y avait des infections pures à streptocoques comme on le croyait autrefois, à staphylocoques, à coli-bacilles ou à anaréobies. Non, puisqu'en fait il y a toujours une association microbienne et Mouchotte (1) conclut : « Etant donné que pratiquement il s'agit généralement de symbiose microbienne, que pratiquement en matière d'infection puerpérale, *post abortum*, la symbiose tantôt se termine favorablement, tantôt défavorablement, sans qu'on puisse l'établir d'avance, même par le diagnostic précis des lésions microbiennes en cause, il s'ensuit que l'examen bactériologique est inutile pour le clinicien : il ne peut servir en l'état actuel de nos con-

1. Mouchotte. Thèse de Paris, 1903.

naissances d'élément de pronostic ; il ne peut pas par conséquent servir d'indications au traitement. »

L'étude bactériologique du sang a semblé à un moment donné permettre de dire si l'infection était localisée à l'utérus ou lancée dans le torrent circulatoire. Coze et Felz (1869) ont trouvé des cocci en chaînettes dans le sang d'une femme atteinte d'infection puerpérale. Depuis, de nombreux auteurs ont recherché avec des résultats variables les microbes dans le sang. Prochownick (1) en tire des conclusions opératoires. « Dans tous les examens hématologiques positifs, le microbe exclusivement trouvé a été le streptocoque. Toutes les femmes non opérées dans le sang desquelles le streptocoque a été trouvé sont mortes, les deux seules opérées ont guéri. Toutes les femmes chez lesquelles l'examen du sang est resté négatif, sauf deux atteintes de péritonite purulente par pénétration directe des streptocoques dans le péritoine à travers une déchirure intéressant à la fois le col et le cul-de-sac vaginal, ont guéri, malgré parfois l'existence de symptômes d'infection des plus graves. Toutes les fois que l'on trouve du streptocoque dans le sang des infectées, l'hystérectomie se trouve indiquée, ce streptocoque étant le signe d'une pyohémie dont le point de départ est dans l'utérus. Treub au congrès de Rome s'élève contre ces conclusions qu'il trouve trop absolues ; il cite deux cas personnels où l'examen bactériologique fut fait par Alex Klein. Dans l'un, il y avait un petit staphylocoque blanc peu virulent, la malade guérit ; dans l'autre, on trouve

1. Prochownick. (*Der Auscheidung der purpuralen septischen Gebärmutter Monatsch J. Geb. U. Gyn.*, 1890, BD. IX. 756 et BD. X, p. 14.

des streptocoques et des staphylocoques en quantité, la malade mourut. Il cite encore les travaux de Petruchky : « Dans 14 cas d'infection puerpérale, il y eut 9 fois des résultats positifs de l'examen bactériologique. Dans le sang se trouvèrent une fois des staphylocoques et 8 fois des streptocoques. Des dernières 8 femmes, trois moururent, et parmi les guéries, il se trouva des cas dans lesquels les streptocoques furent d'une virulence extrême. Dans les cinq cas avec résultat négatif de l'examen bactériologique du sang, il y eut un cas de mort et l'autopsie révéla une infection streptococcique généralisée. » Lermierre dans sa thèse (1904) suit une technique nouvelle. Il prélève du sang au pli du coude et en ensemence une assez grande quantité, 10 à 20 centimètres cubes, dans des hallons de bouillon peptonisé de 300 à 500 centimètres cubes. Il lui semble que la présence dans le sang de microbes (streptocoques principalement), est très fréquente, sinon la règle dans les cas mortels ; on l'observe mais d'une façon très inconstante dans certains cas graves qui se terminent par la guérison, elle fait défaut dans les cas légers. Ces conclusions vont à l'encontre de celles de Prochownik ; on ne peut de l'examen du sang tirer une règle de conduite ferme. La présence de microbes démontre que l'infection est généralisée, mais elle n'est pas un pronostic fatal. Leur absence ne prouve pas que leur cas est bénin ; on est toujours à la merci d'une faute de technique. D'ailleurs, le plus souvent, on est obligé d'agir vite et on ne peut attendre la solution incertaine que donnent des cultures lentes à se faire.

L'examen histologique du sang a tenté les auteurs et

on y a cherché une indication opératoire et pronostique. D'une manière générale, on peut dire que l'infection se traduit par une hyperleucytose polynucléaire dont l'intensité est fonction de la gravité. Avec Carton (1), on peut diviser les cas en trois groupes :

« a) L'infection légère, caractérisée par l'augmentation du nombre des hématies; une hyperleucocytose oscillant autour de 15.000, une polynucléose atteignant 85 0/0 en moyenne, parfois, mais d'une façon toute momentanée 90 0/0 ; la diminution du nombre des éosinophiles tombant à 1 0/0, mais ne disparaissant pas complètement.

« b) L'infection moyenne, caractérisée par une hyperleucocytose variant entre 20.000 et 30.000, une polynucléose atteignant ou dépassant 90 0/0, la disparition des éosinophiles pendant plusieurs jours, la plus grande abondance des éléments basophiles.

« c) L'infection grave, caractérisée par la diminution progressive et assez rapide du nombre des hématies consécutive à l'hyperglobulie initiale ; une hyperleucocytose restant supérieure à 25.000, une polynucléose s'accroissant progressivement de 90 à 95 0/0 ; la disparition persistante des éosinophiles ; l'absence d'éléments basophiles, Mastzellen, Plasmazellen ; c'est-à-dire que les éléments du pronostic sont : une forte hyperleucocytose (40.000), une polynucléose restant en plateau vers 90 0/0 et la disparition complète et persistante des éosinophiles. »

Il en est de l'examen histologique comme de la recher-

1. Carton *in Pratique de l'Art des Accouchements*, Bar et Jeannin, t. I.

che des microbes dans le sang ; cet examen n'a pas une valeur absolue. Il vaut au point de vue pronostic par l'évolution de la formule ; mais au point de vue indications opératoires, il ne nous donne que des notions incomplètes et imparfaites ; il a aussi l'inconvénient de demander du temps à un moment où la guérison de la malade dépend d'une décision prompte.

De toute cette étude nous concluons que les signes qui indiquent la généralisation de l'affection sont bien inconstants et peu comparables suivant les cas ; aussi ne faudra-t-il pas s'appuyer exclusivement sur un seul, mais sur l'ensemble pour poser un diagnostic des lésions d'où s'ensuivra une indication thérapeutique nette. Faudra-t-il pratiquer l'expectative, faudra-t-il se borner au traitement local intra-utérin simple ; faudra-t-il au contraire devenir plus actif et faire l'hystérectomie, la laparotomie, la colpotomie ; c'est ce que va nous montrer l'étude clinique et nous essaierons de faire voir comment se présentent à nous les malades et en face de quels cas nous allons nous trouver amenés à prendre une détermination.

FORMES CLINIQUES ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

On décrit à l'infection puerpérale, en se basant surtout sur des lésions anatomiques, plutôt qu'en s'appuyant sur des phénomènes cliniques, des quantités de formes, depuis la métrite aiguë, jusqu'à la phlegmatia alba dolens, en passant par la septicémie foudroyante, la pyohémie, la péritonite généralisée ou localisée, le phlegmon du ligament large, la thrombo-phlébite des sinus utérins, sans oublier les formes plus rares comme les abcès du parenchyme utérin. Au milieu de cette richesse de formes, le chirurgien va se trouver très embarrassé, ne pouvant et pour cause, établir exactement et rapidement un diagnostic précis d'où coulera une thérapeutique appropriée et active. Mais cette ensemble symptomatique peut se trouver bien simplifié si nous considérons le moment auquel nous nous trouvons par rapport à l'accouchement ou à l'avortement. C'est ainsi que, d'une manière très générale d'ailleurs, plus nous serons rapprochés de ce moment, plus nous aurons de chance de voir l'infection prendre la forme péritonéale ou pyohémique; plus nous en serons éloignés au contraire, plus nous risquerons d'avoir à faire à la forme thrombo-phlébitique ou aux affections localisées au petit bassin. De cette notion découle donc le principe qu'aux deux stades de l'affection correspondront deux manières d'envisager la thérapeutique à employer.

Les femmes atteintes de l'affection puerpérale se présenteront donc à nous dans deux cas bien différents : femme qui vient d'accoucher ou d'avorter ; femme qui a accouché ou avorté depuis un certain temps, trois semaines par exemple. Cette classification est d'ailleurs très arbitraire surtout dans ses limites, mais elle correspond néanmoins aux manifestations cliniques de l'affection.

I. — MALADES AYANT ACCOUCHE OU AVORTÉ RÉCEMMENT

On nous amène une malade qui a eu un accouchement laborieux, rupture prématurée de la poche des eaux, manœuvres obstétricales prolongées, application de forceps ou une malade qui a accouché d'un fœtus macéré ou encore une femme qui s'est fait avorter depuis deux ou trois jours et qui depuis cette époque a des pertes fétides, des douleurs dans le ventre, des frissons avec élévation de la température. Immédiatement après l'expulsion du contenu utérin, nous avons de grandes chances d'avoir une infection péritonéale. Hervieux (1) dit. « C'est à une époque assez rapprochée de l'accouchement, quelquefois immédiatement après la délivrance et même avant la fin du travail que les premiers accidents éclatent. La plupart des malades en temps d'épidémie sont frappées pendant les quarante-huit premières heures qui suivent l'accouchement et dans une proportion bien moins forte le troisième jour. Sur 247 malades observées à la Maternité par Berrier-Fontaine, le début a eu lieu :

1. Hervieux, *Traité des Maladies puerpérales, Suite de Couches*, Paris, 1870.

Chez 185 du premier au troisième jour ;

Chez 60 du quatrième au dixième jour ;

Chez 2 du onzième au douzième jour ;

La statistique de Tarnier donne immédiatement ou peu après l'accouchement :

Premier jour	27
Deuxième jour	20
Troisième jour	11
Huitième jour	7

Quand nous examinons la malade, nous la voyons le facies fatigué, les yeux brillants, les pommettes rouges, les ailes du nez battant, parfois de la dyspnée, le ventre est souvent ballonné et douloureux, la malade a eu parfois des vomissements ou de simples nausées. Le poulx est rapide et bat à 120 ou 140, quelquefois il est irrégulier. La température marque 39, 40. La malade a des pertes fétides brunâtres ou jaunâtres. Si on pratique l'examen physique, on voit l'abdomen normal ou distendu. L'utérus, s'il s'agit d'un accouchement est perçu au-dessus du pubis et est douloureux à la pression. Le toucher vaginal montre un col entr'ouvert d'où s'écoulent les liquides putrides dont nous avons parlé ; souvent on sent l'utérus déjà fixé et les culs-de-sacs bombés et douloureux. Que doit-on faire en pareil cas ?

On se base sur la présence ou l'absence de signes locaux : Y a-t-il des signes de péritonite, y a-t-il des phénomènes généraux seuls coexistant avec les pertes utérines fétides ?

PREMIER CAS. — *Il y a des signes locaux.* — La malade avec ses frissons, son élévation de température, a eu des vomissements, elle a eu le ventre ballonné, la palpation détermine une douleur hypogastrique s'étendant à tout l'abdomen. La percussion, si le ventre n'est pas trop douloureux, montre dans quelques cas une matité dans les flancs ; le toucher vaginal donne dans les culs-de-sac un bombement douloureux ; rarement il y a une tumeur limitée ; plus souvent l'utérus (dans les cas de gros épanchement) paraît flotter dans le liquide : ces formes où il y a un épanchement abondant sont en général les moins douloureuses. Il s'agit donc bien là d'une péritonite puerpérale avec épanchement : certains auteurs prescrivent le traitement médical simple : glace sur le ventre, opium à l'intérieur, alcool, sérum pour soutenir l'état général. La majorité cependant tend à intervenir chirurgicalement. La laparotomie avec drainage a donné de beaux succès (Bouilly en 1886, Th. Raymond, Evans Worcester, von Ehrlach, etc.), plus tard, on a fait l'hystérectomie au moment où on traitait par cette opération toute infection puerpérale grave. « J'estime, dit Rochard (1), que les manifestations pathologiques causées par la septicémie puerpérale étant multiples doivent être confondues au point de vue de la décision de l'intervention, qu'il faut poser la question d'une façon beaucoup plus large et discuter la valeur de l'hystérectomie dans la septicémie puerpérale, que ces manifestations soient simplement

1. Rochard, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1901, p. 203.

utérines, ou bien encore utérines annexielles et péritonéales. »

On note souvent dans les observations de l'époque l'écoulement d'un flot de liquide au moment où on incise le péritoine (Rochard, J.-L. Faure, obs. I, II, IV) et néanmoins on continuait l'opération et on enlevait l'utérus. Dans 30 cas cités dans la thèse de Mouchotte, on trouve huit fois une péritonite généralisée, cinq fois une pelvipéritonite. Plus récemment enfin on a fait la colpotomie simple (Sourdille, obs. IV et obs. V). Voyons quelle sera notre pratique personnelle.

L'hystérectomie d'abord nous semble illogique. Elle enlève le foyer septique, c'est entendu, mais est-il nécessaire à ce moment d'enlever l'utérus alors que l'infection est répandue dans tout le péritoine; est-ce que, lorsqu'on opère une appendicite avec péritonite généralisée, on va chercher longtemps l'appendice pour l'enlever? Et cependant cette ablation est plus simple que celle de l'utérus. Le drainage après hystérectomie se fait mieux, mais n'est-il pas suffisant après ouverture simple du cul-de-sac vaginal avec ou sans ouverture sus-pubienne complémentaire? Ce qu'il y a de certain, c'est que souvent dans ces cas on a vu la mort se produire au bout de quelques heures et malgré tout on ne peut s'empêcher, quelque grave qu'aie pu être l'état général, de penser que le traumatisme chirurgical y a été pour quelque chose. L'hystérectomie nous semble donc au moins dans la péritonite puerpérale une opération à ne pas faire. A quelle intervention nous décider?

Laparotomie ou colpotomie ?

On a dit que la colpotomie était une opération aveugle et insuffisante. Il est vrai que par l'incision vaginale on draine seulement le petit bassin (Mauclaire, Société d'Obstétrique) qu'on ne voit pas les lésions de l'utérus. Par cette incision, on ne traumatise pas ; elle peut être faite sans anesthésie ou avec une bouffée de chloroforme ; elle est enfin suffisante dans un grand nombre de cas. Ce sera donc une affaire d'appréciation de la résistance de la malade. Avons-nous en face de nous une femme affaiblie avec un mauvais état général qui semble ne pas pouvoir supporter le moindre traumatisme chirurgical, faisons-lui une colpotomie, mettons des drains qui pourront aller très haut dans l'abdomen et attendons les événements. Souvent la malade succombera, puisque nous avons opéré une moribonde et ce sont ces cas qui ont déconsidéré cette méthode opératoire ; mais quelquefois, nous aurons un succès réconfortant : en tous cas, nous nous dirons qu'il n'y avait pas autre chose à faire.

Il est possible que la colpotomie seule ne guérisse pas l'affection, que les jours suivants, après avoir incisé le cul-de-sac postérieur, on soit obligé d'ouvrir le cul-de-sac antérieur ou de faire une laparotomie secondaire ; mais au moins, où on est intervenu on a évacué un foyer septique où pullulaient les microbes, on a empêché la résorption de toxines dangereuses pour l'organisme et c'est ce qui importe avant tout. Si, au contraire, nous trouvons la malade avec des signes évidents de péritonite avec gros épanchement, et un état général suffisant, faisons une laparotomie médiane, mettons des drains sus-pubiens, des drains dans les fosses iliaques, établissons enfin le

drainage abdomino-vaginal ; ce sera parfait, ce sera le seul traitement à faire ; certes encore, on aura encore des insuccès. Reynier (1) se montre adversaire de la laparotomie, il a fait plusieurs fois cette opération. « Les malades sont mortes plus rapidement que si je n'étais pas intervenu et cependant dans deux cas, j'intervenais presque immédiatement, après le frisson initial, dès que le ventre se ballonnait : j'arrivais dans une cavité péritonéale contenant à peine de sérosité, le péritoine était simplement rouge, les trompes congestionnées, perméables, indiquant par leur coloration la voie par laquelle l'infection se propageait de l'utérus au péritoine. Dans cette sérosité, dans la muqueuse de la trompe que j'avais enlevée, mon interne M. Marie, trouvait des cultures pures de streptocoque ne laissant aucun doute sur la nature de l'infection ». Il est certain qu'il y a des formes virulentes très exaltées (péritonite foudroyante d'Hervieux), où toute thérapeutique est impuissante. Mais ces cas ne sont pas diagnostiquables d'avance et ne peuvent pas nous empêcher d'appliquer le traitement rationnel ; peut-être aussi l'opération faite par M. Reynier avait-elle été au-dessus des forces de ses malades. Le moment de l'intervention est d'une importance capitale ; il ne faut pas pousser l'expectative trop loin.

Tarnier (2) dit : « En général il convient d'opérer de bonne heure. Lorsque les phénomènes généraux sont très graves et la réaction péritonéale manifeste, on peut intervenir. Il n'y a donc pas lieu d'attendre la formation d'un

1. Reynier. *Société de Chirurgie*, 1901, p. 275.

2. Tarnier. *De l'Asepsie et de l'Antisepsie en obstétrique*, p. 275.

épanchement abdominal très abondant ; il serait imprudent aussi de retarder l'intervention jusqu'à l'apparition des phénomènes généraux qui précèdent immédiatement l'agonie. Le ballonnement du ventre, une douleur vive généralisée et surtout accusée dans les fosses iliaques, un état général grave sont des indications suffisantes de la laparotomie. Mais on objectera que les symptômes précédents n'annoncent pas fatalement la mort, que la maladie peut fort bien dans ces cas se terminer par une guérison spontanée, et que par conséquent ouvrir le ventre dans ces conditions c'est pratiquer une opération peut-être inutile et pouvant même être dangereuse par le shock qu'elle produit.

« L'objection est fondée et c'est précisément la crainte d'opérer trop tôt qui rend l'indication opératoire si difficile à préciser. Par trop de précipitation, on s'expose il est vrai à opérer des femmes qui auraient guéri spontanément ; mais d'autre part, en hésitant et en temporisant trop longtemps, on court le risque de laisser passer le moment opportun et de n'agir qu'une fois l'infection puerpérale arrivée à un degré irrémédiable. » Tarnier est donc interventionniste ; mais la gravité de la laparotomie l'effraie. Avec la colpotomie faite d'une manière précoce, nous ferons une opération bénigne, rapide et nous ne risquons pas de laisser passer le moment opportun pour intervenir. D'autant plus que par l'intervention rapide, on a des chances pour empêcher une infection localisée de se généraliser. Hervieux décrit deux formes de péritonite : générale et généralisée. « La péritonite généralisée est la règle, la péritonite générale d'emblée l'excepte- »

tion. » Behier dit : « C'est au voisinage des annexes altérées que les lésions sont le plus avancées, de telle sorte que plus on s'éloigne de ces points, en s'élevant dans la cavité du ventre, moins on a de chance de rencontrer d'altération et surtout d'altération grave du péritoine. »

Qu'avons-nous la prétention de faire en drainant le Douglas ? De faciliter l'écoulement du pus ; mais disent les partisans de la laparotomie, vous drainez incomplètement ; tous les liquides ne s'écoulent pas. Mais par la laparotomie, on n'évacue pas non plus tout le liquide, si on l'évacue, il se reproduit et ce n'est pas par les drains verticaux qu'on met dans le ventre qu'on amène les exsudats péritonéaux à l'extérieur, d'autant plus que, comme l'a démontré P. Delbet (4), au bout de deux jours, les drains ne servent plus à grand'chose. Si alors la laparotomie n'a d'avantage ni comme évacuation, ni comme drainage, pourquoi exposer la malade à un traumatisme si grave ? La colpotomie évacue mal peut-être, mais elle draine bien ; en tous cas, elle détermine l'écoulement d'une partie du liquide, donc elle enlève à l'organisme une certaine quantité de toxines et de microbes ; enfin, elle diminue la tension abdominale : fait-elle autre chose que ces opérations conseillées depuis quelque temps comme traitement des péritonites généralisées (gastrotomie, anus iliaque) qui permettent l'évacuation et par suite empêchent la résorption des liquides intestinaux et stomacaux ? Ne voyons-nous pas comme dans notre observation XIII, la diarrhée

1. P. Delbet. *Des Suppurations pelviennes chez la Femme.*

succéder après la colpotomie aux vomissements, comme si le tractus gastro-intestinal se remettait à fonctionner après avoir été en quelque sorte inhibé par l'infection. Donc, pour nous résumer : en cas de péritonite, s'il y a un gros épanchement, on pourra être autorisé à faire la laparotomie avec drainage abdomino-vaginal ; s'il y a seulement péritonite tout à fait au début ou péritonite avec petit épanchement, on devra faire la colpotomie plus énigme, plus logique, plus efficace.

DEUXIÈME CAS. — *Avec un état général grave, il n'y a pas de signes locaux.* — Une femme est amenée, ayant accouché ou avorté depuis peu, avec des signes généraux graves, température élevée, pouls rapide et irrégulier, diarrhée fétide, parfois même incoercible, sueurs froides, altération du facies, pincement du nez, diminution de la quantité d'urine avec ou sans albuminurie. Le ventre paraît souple, la palpation abdominale indolore. Le toucher vaginal nous montre des culs-de-sac souples derrière lesquels ne se trouve aucune tumeur. Que doit-on faire ? Faut-il enlever d'emblée l'utérus ou au contraire faire un traitement local avant de se livrer à une thérapeutique plus active ? Terrier (1) rapportant une observation de Gosset à la Société de Chirurgie, se range à la première opinion. L'indication de l'hystérectomie était partie de cette idée que dans les cas de septicémie suraiguë, à point de départ utérin, il fallait enlever l'utérus où pullulaient les microbes et d'où ils se déversaient dans l'organisme. Christeanu examinant 136 cas où on a fait l'hysté-

1. Terrier, Société de Chirurgie, 1901.

rectomie n'en trouve qu'un (Terrier et Gosset) qui semble répondre à ces indications. Dans tous les autres, il y a des lésions locales qui ne rentrent plus dans le cadre de la septicémie puerpérale. On doit alors dans tous les cas avec des phénomènes généraux inquiétants faire immédiatement l'ablation de l'utérus. Il est évident qu'en agissant ainsi, on a des chances de couper court à l'infection et d'intervenir assez tôt, mais l'hystérectomie est néanmoins une opération grave qui pratiquée pour infection puerpérale a plus de mortalité que l'expectative pure (10 0/0, Bar et Jeannin).

De plus et surtout, il est quantité de ces cas qui guérissent par curettage simple ou curage digital suivis de lavages à l'eau iodée ou d'attouchements à la teinture d'iode (Budin (1), Pinard et Wallich (2), Doléris) (3). Mais si beaucoup de ces cas guérissent par traitement local intra-utérin, il n'est pas logique de dire que ce traitement seul agira dans tous les cas et que ce ne sera que « plus tard, alors que la période puerpérale est terminée et que deux ou trois mois se sont écoulés depuis l'accouchement » (Pinard et Wallich) que l'on devra consulter un chirurgien ; en agissant ainsi, on s'exposerait à des désastres.

Nous ferons donc le traitement local ci-dessus indiqué. Si les phénomènes ne s'amendent pas, le lendemain ou au plus tard le surlendemain, quelle conduite tenir ? Faudra-t-il hésiter à enlever un utérus qui ne semble pas suffisamment malade ; ou au contraire se borner à une expect-

1. Budin. Communication à l'Académie de Médecine, 1901.

2. Pinard et Wallich. *Traitement de l'Infection puerpérale*. Paris, 1896.

3. Doléris. *La Gynécologie*, février 1907.

tative qu'on sait impuissante et peut-être nuisible ? Nous intervenons, que faire ? Hystérectomie, laparotomie. Hystérectomie, ce sera encore le même ordre d'inconvénients que pour la forme précédente, colpotomie, certainement et nous aurons alors souvent la consolation d'évacuer un foyer purulent inaperçu. Il est en effet des péritonites puerpérales absolument latentes. Hervieux écrit : « A l'autopsie de certaines accouchées qui n'avaient pendant la vie accusé aucune douleur bien vive du côté du ventre et chez lesquelles les parois abdominales avaient constamment présenté une souplesse et une flaccidité incontestables, j'ai été bien surpris de trouver la cavité pelvienne baignée d'un pus épais et bien lié, étalé à la manière d'une crème jaunâtre sur presque tous les viscères. L'absence de douleurs vives et surtout spontanées avait éloigné de notre esprit l'idée d'une péritonite et pourtant en recueillant nos souvenirs et en relevant les observations, je pus m'assurer qu'il avait existé le ou les premiers jours de la sensibilité à la pression, si ce n'est une douleur vraie, puis cette sensibilité ayant disparu et le ventre demeurant très souple, l'idée d'une péritonite latente avait dû s'évanouir, c'était bien le cas de péritonite latente, pas si latente toutefois qu'on ne pût en remontant jusqu'à la période initiale trouver quelques traces du phénomène douleur. »

Cette forme de péritonite est donc très difficile à diagnostiquer, c'est elle sans aucun doute que nous avons eue dans notre observation XV, nous en trouvons encore des exemples dans le travail de Boquel (1) : « Une malade

1. Boquel. « Note sur la laparotomie suivie de drainage dans l'infection puerpérale. » *Archives de Médecine*. Angers, avril 1903.

entre à la Maternité, huit à neuf jours après un accouchement, infectée profondément. On me téléphone. Je viens le soir, et je constate d'une part que la malade dit se trouver mieux depuis un jour ou deux, d'autre part, qu'elle n'a que 38°5, enfin que son poulx est aux environs de 80 et quelque et que son ventre est parfaitement souple et non tendu ; l'utérus revenu sur lui-même et non douloureux. Je remets au lendemain matin toute décision, elle meurt dans la nuit et à l'autopsie, nous trouvons un demi-litre de pus dans le péritoine, sans autre lésion. J'en ai conclu que si j'étais intervenu le pus serait sorti et j'ai eu la notion qu'on pouvait avoir des lésions péritonéales graves dans le cours de l'infection puerpérale sans aucun signe. »

Nous trouvons encore d'autres cas où la présence du liquide fut méconnue par la clinique, où il y avait des culs-de-sac souples et où malgré tout on évacua un exsudat péritonéal (obs. XII, XIII, XIV). Robb (1), étudiant l'infection consécutive à l'avortement et voulant par la colpotomie lutter contre l'infection péritonéale, intervient 10 fois après avoir cureté l'utérus. Il trouva sur 10 cas :

2 fois rien ;

1 fois 80 grammes de pus d'odeur fécaloïde ;

1 fois 125 grammes de pus ;

1 fois un peu de liquide sanguinolent ;

1 fois 40 grammes de liquide clair ;

1 fois un peu de liquide clair ;

1 fois 200 grammes de pus assez liquide ;

1. Robb. *American Gynecology*, juin 1903.

1 fois 70 grammes de pus ;

1 fois 120 grammes de liquide sanieux.

On trouve dans 50 0/0 des cas des microbes dans l'épanchement (4 fois coli-bacille, 3 fois streptocoque associé au coli-bacille). Il y eut 1 décès sur 10 cas. Il semble donc que l'épanchement est plus fréquent qu'on ne le pense dans l'infection puerpérale et nous voyons qu'il ne s'agit pas toujours d'une simple sérosité, mais d'un épanchement contenant des microbes, épanchement qu'il convient de drainer (J'ai vu, dit Christeanu, une péritonite purulente *post abortum* sans aucune réaction péritonéale.)

Dans cette catégorie de cas, il est indéniable que la coeliotomie abdominale ou mieux vaginale fait le diagnostic exact de la lésion ; que cette ouverture du péritoine suivie de drainage permet de lutter avec efficacité contre l'infection. Ce sera donc une colpotomie exploratrice que nous faisons dans ce cas. Nous trouvons du pus ou du liquide : nous mettons un drain. Nous ne trouvons rien. Que devons-nous faire ? Sourdille nous apporte deux observations bien concluantes (obs. XXIII-XXIV). Chez ces deux malades, il y a infection puerpérale *post partum* et *post abortum* chez aucune, il n'y a de localisation ni péritonéale ni autre et cependant Sourdille fait la colpotomie et met un drain. La présence du drain détermine l'écoulement d'un liquide citrin qui n'existait pas dans la cavité péritonéale ; écoulement qui devient ensuite assez abondant, en même temps que les phénomènes généraux s'amendent ; la même succession de faits se produit dans les deux cas et Sourdille conclut après sa deuxième observation : « Il n'est

pas douteux pour moi que la colpotomie a sauvé cette femme très près de sa fin : son rôle a été d'autant plus efficace que des débris putréfiés du placenta étaient restés méconnus dans l'utérus ; le drain péritonéal a évacué au dehors, avec la sérosité, la majeure partie des toxines fabriquées dans l'utérus, il a empêché l'intoxication totale de l'organisme et il a permis à la malade de résister jusqu'au moment de l'expulsion des restes du placenta, expulsion qui a décidé la guérison définitive. »

La colpotomie, le drainage dans ces cas, paraît donc avoir eu une influence favorable ; il semble y avoir eu là plus qu'une coïncidence bien qu'on ait vu parfois des malades atteintes d'infection puerpérale qui semblaient au-dessus des ressources de la thérapeutique et qui ont cependant guéri spontanément ; mais pourquoi n'y aurait-il pas eu là une dérivation des produits toxiques fabriqués par l'utérus, toxines qui absorbées en entier auraient entraîné la mort ? Leur dérivation partielle permettrait la lutte de l'organisme, pourquoi n'y aurait-il pas eu là un appel des microbes qui se seraient transportés au lieu d'irritation comme on les voit se précipiter à distance dans les abcès de fixation selon la méthode de Fochier ?

Il y a autour de cet utérus infecté, des lymphatiques gorgés de microbes, des veines thrombosées qui pourront donner naissance à des abcès qui auront ainsi tendance à se former et se porter de préférence du côté du drain ; l'abcès de l'utérus lui-même d'un diagnostic si difficile aura la faculté de se drainer spontanément et de ne pas s'ouvrir dans une cavité péritonéale fermée : c'est ce qui aurait pu se produire dans l'observation XXIII.

Une dernière question se pose. Il y a en même temps que des signes généraux ou abdominaux une perforation de l'utérus qu'on fait au moment du curettage où cette perforation est le fait d'une gangrène primitive de l'utérus ou de manœuvres post abortives.

Il est classique de dire que dans ce cas il faut enlever l'utérus par voie abdominale ou vaginale ; cependant, si nous consultons les observations, nous voyons à quelle mortalité effroyable, on aboutit. Lapointe (1) réunit 12 cas de perforation *post abortum* avec 75 0/0 de mortalité. Les 7 hystérectomies faites donnèrent seulement 2 guérisons.

Le drainage abdomino-vaginal et le drainage de l'utérus et du petit bassin semblent donner une meilleure statistique. Le premier cas est celui de Poirier cité dans la thèse de Rebreyend qui pratiqua avec succès ce double drainage, de même dans notre observation XVI, la guérison fut due à la laparotomie avec drainage abdomino-vaginal. La colpotomie seule a donné un succès à Devèze dont nous rapportons l'observation. Par l'orifice de colpotomie, on pourra le plus souvent trouver la perforation et drainer suffisamment, surtout si on intervient d'une manière précoce, tout le petit bassin qui seul sera infecté au moins au début. En tous cas, ce sera un simple traitement d'attente et nous ne pouvons mieux faire que de citer à ce propos les considérations dont M. Devèze fait suivre sa communication : « La conduite qui fut adoptée nous paraît pleinement justifiée par les résultats acquis.

1. Lapointe. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1906.

Le double drainage de l'utérus et du péritoine, l'évacuation du Douglas par l'incision du cul-de-sac postérieur ; les irrigations abondantes de l'utérus et du péritoine pelvien permirent d'obtenir rapidement la disparition des phénomènes septiques. Sans doute ce n'était là qu'un traitement d'attente et on se tenait prêt à pratiquer une hystérectomie vaginale si le double drainage utérin et pelvien se fût montré insuffisant. »

C'est bien là en effet la colpotomie d'attente. C'est ce qu'il faut faire dans les cas d'infection aiguë que nous avons envisagés. Tout à fait au début de l'infection, nous ne savons pas à quelle forme nous avons à faire : Pyohémique, septicémique, péritonitique ou pelvienne. Quel intérêt y a-t-il à laisser évoluer les symptômes ? Faisons d'abord une colpotomie ; nous rendrons service dans de nombreux cas : pour les autres, nous n'aurons pas porté préjudice à la malade, car, d'après ce que nous avons vu (obs. XV, XVI) il ne semble pas que nous fassions courir un grand risque en « ouvrant l'abdomen intact sur le vagin infecté par les lochies » (Jeannin).

Si la colpotomie ne suffit pas, proposons en toute connaissance de cause une intervention plus radicale.

II. — FEMME QUI A ACCOUCHÉ OU AVORTÉ DEPUIS QUELQUE TEMPS DÉJÀ

Nous arrivons au second cas qui se présente à nous : celui d'une femme qui a été il y a quelque temps en état puerpéral et qui offre des signes d'infection. Elle a été

quelques jours sans accidents, ou les accidents ont fait suite à son accouchement ou à son avortement. On nous l'amène avec de la fièvre, en général à grandes oscillations, à maxima vespéraux, avec un état général assez grave, un facies fatigué par une longue maladie. A cette période de l'infection puerpérale, nous allons trouver non plus l'infection à proprement parler, mais ses complications. Ce sera une pelvi-péritonite avec foyer purulent unique ou multiple, un phlegmon du ligament large, une phlébite des sinus utérins avec embolie possible dans tous les organes, embolie dont on peut voir déjà les signes. C'est malgré tout à cette période une infection moins maligne qu'à la période précédente : ce sont des femmes qui ont fait déjà les frais d'une longue affection et dont l'organisme a tendance à résister. Un traitement local contre ces complications sera de règle et nous allons essayer d'en voir les indications et d'établir en quelle manière la voie vaginale sera à suivre.

L'examen local nous fixera pour le diagnostic des affections et pour leur traitement : ici nous pourrions dire exactement à quelles lésions anatomiques sont dus les symptômes que nous observons : pelvi-péritonite avec ou sans salpingite concomitante, phlegmon du ligament large, phlébite péri-utérine.

La pelvi-péritonite sera diagnostiquée par le toucher qui nous montrera une masse dans le cul-de-sac de Douglas, masse qui repoussera l'utérus en avant : il y aura abcès à poche unique ou plus souvent à poches multiples et d'une thérapeutique très difficile. Quoi qu'il en soit, nous aurons ici un abcès localisé dont nous surveillerons

l'évolution : l'affection a-t-elle tendance à se localiser, la tuméfaction à se limiter, nous ne nous presserons pas et instituerons un traitement médical, repos au lit, glace sur le ventre.

Le pus au contraire tend-il à faire saillie au dehors, nous lui créerons un orifice de sortie par la colpotomie suivant le vieil adage : *ubi pus, ibi evacua*, mais en ne nous dissimulant pas que bien souvent nous ne ferons qu'une opération d'urgence, de nécessité, quitte ensuite à revenir plus tard, par une laparotomie, enlever les trompes lésées, l'utérus adhérent, quand les phénomènes inflammatoires seront calmés. Nous ne pouvons mieux faire que citer à ce propos les paroles de M. Richelot (1) à la Société de Chirurgie : « La friabilité de l'utérus dans l'état puerpéral récent, l'acuité des accidents à cause de la grande virulence du pus rendent la laparotomie et l'hystérectomie vaginale très dangereuses ; en pareil cas, on va au plus pressé en évacuant le pus par l'incision vaginale, quitte à faire plus tard une opération plus radicale, si elle devient nécessaire.

« En somme, l'incision vaginale a des indications positives, notamment dans les infections récentes. Mais dans les plus anciennes, si parfois le réveil des accidents fébriles, des phénomènes de compression amenés par une grosse tumeur, enfin le mauvais état général poussent le chirurgien à suivre d'abord l'indication pressante et à soulager la malade, il doit s'attendre à n'avoir qu'un résultat palliatif et il faut poser ce principe que l'incision vaginale

1. Richelot. Société de Chirurgie, juillet 1898.

est insuffisante et doit se donner comme un traitement d'attente. Mais ce que nous pouvons dire néanmoins (obs. XXI) c'est que par la colpotomie, on pourra atteindre des abcès haut situés, qui se draineront ensuite facilement par le point le plus déclive de la cavité abdominale. Si les jours suivants, la défervescence ne se fait pas, qui nous empêchera de faire une colpotomie antérieure (obs. XXI, XXI); quelque soient les résultats que l'on a ainsi, ils seront toujours meilleurs que ceux que nous donneraient, avec une température élevée et un état général en somme grave une opération si traumatisante que l'hystérectomie abdominale ou vaginale. Donc pour les abcès pelvi-péritonitiques, nous suivrons la tendance actuelle de la chirurgie abdominale : laisser refroidir si possible, sinon évacuer simplement le pus, en se livrant au minimum de manœuvres.

Si la fièvre est causée par un phlegmon du ligament large, nous suivrons une conduite analogue, nous ne ferons pas une hystérectomie (comme Vineberg *in* thèse Bonamy) nous attendrons; si l'infection n'a aucune tendance à se refroidir, nous inciserons le Douglas et nous drainerons. sans avoir peur, même si nous tombons sur un péritoine libre, d'infecter la grande cavité, et nous inciserons la face postérieure du ligament large pour drainer l'abcès. Si alors l'écoulement du pus se fait mal, nous pourrions si la collection est volumineuse faire une contre-ouverture parallèle à l'arcade de Fallope et il est à noter que dans ces cas, même si le pus pointe à côté du ligament de Poupart, la guérison se fera moins rapide si on a fait l'incision

abdominale seule que si on a en même temps drainé par le Douglas.

S'il y a une phlébite péri-utérine, quelle sera notre conduite ? Depuis Trendelenbourg, on a une tendance surtout à l'étranger, d'aller lier les veines utéro-ovariennes et les veines utérines thrombosées avec ou sans ablation d'un segment du vaisseau, pour empêcher la propagation de l'infection de se faire par la veine et surtout pour s'opposer aux embolies septiques du caillot veineux. Certains auteurs, Taylor (1), Latzko (2) dont nous rapportons les observations, ont pu enlever avec succès par voie vaginale les veines utérines et drainer les abcès péri-phlébitiques. Taylor dit : « Par un toucher vaginal soigneux, on peut sentir les veines utérines ou ovariennes comme une corde tendue allant de l'utérus à la paroi du vagin. La tuméfaction due au thrombus est en général augmentée par l'inflammation péri-vasculaire et on peut trouver des petits abcès tout près du vaisseau atteint, mais, autant que mon expérience le comporte, jamais de gros abcès comme dans la cellulite pelvienne. Cette forme est moins grave que la pyohémie ou la péritonite généralisée. Elle peut guérir après des mois de souffrances mais en tout cas au début, l'affection est essentiellement locale, le caillot n'a pas encore lancé d'embolie dans la circulation et si on peut nettoyer le caillot, on peut faire avorter l'affection. La meilleure manière est

1. Taylor. « On the value of Colpotomie in the thrombotic form of puerperal fever. » *Brit. Gynec.* London, 1905-1906, 75-87.

2. Latzko. « Die Chirurgische therapie des puerperalen prozesses ». *Wiener Klin Wochenschrift*, 1907, p. 555.

d'ouvrir le cul-de-sac du côté le plus atteint, et de rechercher de petits abcès dans la paroi utérine ou dans le ligament large, de les vider et de tamponner la cavité avec de la gaze iodoformée et finalement, si on ne l'a pas fait au cours de l'opération, d'ouvrir le péritoine, de rechercher un abcès de l'ovaire, de l'ouvrir et de laisser une mèche de gaze iodoformée près des vaisseaux. » Il conclut: « L'opération idéale serait de lier les veines et d'enlever le caillot, mais l'opération est impossible par la voie vaginale et la malade est dans un état général trop grave pour supporter une opération abdominale. » Opitz (1) de même dit qu'au début « ce n'est pas le caillot qui contient l'infection, mais les tissus circumvoisins et leur ablation est plus importante que celle du caillot; celui-ci quand il est solide peut être considéré comme une bonne protection ». C'est dire que dans cette forme encore la colpotomie postérieure avec drainage consécutif pourra donner des résultats: mais ce qu'on ne fera jamais, c'est l'hystérectomie qui traumatisera d'une manière aveugle et inutile en laissant les thromboses veineuses allant jusqu'à la veine illiaque comme dans les cas de Frund, Pourtalès, Hegar, etc. (*In Christeanu*).

1. Opitz. *Zur Chirurgial Behandlung der puerperal pyamie* deutsch. med. Wochenschr, 1906, p. 2008.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique de la colpotomie est des plus faciles et on ne comprend pas qu'une opération si simple ait mis aussi longtemps à devenir courante. Cette intervention en effet peut se faire partout et n'importe où, avec ou sans aide, avec le minimum de matériel chirurgical ; c'est, nous l'avons vu, une opération d'urgence : il faut donc que tout le monde puisse l'exécuter facilement.

Une première question se pose : Faut-il endormir la malade ; si l'anesthésie est nécessaire, à quel agent aurons-nous recours ? Dans la majorité des cas, on pourra faire la colpotomie sans aucune anesthésie ; si on a un cas facile, si immédiatement on tombe sur du liquide, l'opération est à peine douloureuse et il n'est pas nécessaire d'endormir la malade et de l'exposer ainsi à un *shock* opératoire plus considérable ; c'est ce que nous avons fait le plus souvent. Mais si on craint la moindre complication, si même après l'incision faite, on ne trouve pas le liquide sur lequel on comptait, il ne faudra pas manquer d'anesthésier la malade. Nous avons coutume, pour les opérations de courte durée, de nous servir de chlorure d'éthyle qui a une action rapide qui ne s'accompagne pas de période d'excitation, qui est bien supporté et qui enfin ne laisse,

surtout quand on ne le donne pas à doses trop fortes, aucun malaise après l'anesthésie. Nous versons donc 5 cmc. 3 de chlorure d'éthyle sur une compresse pliée en quatre que nous appliquons hermétiquement sur la bouche et le nez de la malade : l'anesthésie est pour ainsi dire instantanée et dure deux à trois minutes, temps nécessaire pour mener à bien notre intervention ; si enfin l'opération paraît devoir être plus délicate, après avoir donné du chlorure d'éthyle, nous faisons respirer quelques bouffées de chloroforme.

La malade doit être placée sur le dos, les jambes relevées, sur une table à spéculnm si nous sommes à l'hôpital, sur le bord du lit, les jambes tenues par deux aides, si nous opérons en ville. Après une toilette de la vulve, nous donnons une injection chaude pour débarrasser le vagin des écoulements utérins ; si la malade ne souffre pas trop, nous faisons suivre cette injection d'un lavage au savon et d'une injection antiseptique (sublimé 1/1000, oxycyanure, eau oxygénée au 1/4) nous mettons ensuite une valve postérieure et, comme il y a toujours un utérus septique, nous faisons rapidement un curettage pour enlever les débris de caduque qui peuvent être restés dans l'utérus ; ce curettage doit être très prudent, car nous savons la friabilité de l'utérus puerpéral. Nous faisons ensuite une injection intra-utérine d'eau oxygénée ou d'eau iodée avec la sonde à double courant de Doléris ou de Budin et nous touchons les parois utérines à la teinture d'iode pure ; nous tamponnons enfin l'utérus avec une mèche (de préférence mèche iodoformée qui fait très bien contre la fétidité de l'écoulement).

Dans quelques cas et lorsqu'il paraît que l'utérus suppure abondamment, il sera mieux de remplacer la mèche de gaze par un drain utérin (caoutchouc ou métallique, drain de Mouchotte). L'utérus étant nettoyé, nous allons nous occuper du cul-de-sac postérieur ; nous rappelons la méthode de Pryor qui après tout accouchement ou avortement septique après avoir bourré la cavité utérine avec de la gaze iodoformée, incise le cul-de-sac de Douglas qu'il tamponne de la même gaze.

Une fois le tamponnement ou le drainage utérin effectué, nous allons faire la colpotomie. Lâchant la pince qui tenait la lèvre antérieure du col pour permettre le curettage, nous saisissons la lèvre postérieure. Nous rappelons que nous devons inciser en arrière du col de l'utérus, transversalement sur la ligne médiane pour éviter les uretères et les artères utérines qui se croisent sur les côtés du col. Nous avons une distance de six centimètres où nous ne trouverons aucun organe important, c'est donc là qu'il faut inciser ; nous savons que derrière l'utérus se trouve le rectum ; il ne faudra donc pas diriger la lame de notre bistouri en bas et en arrière, mais bien horizontalement en se portant légèrement en haut, comme si on voulait inciser le col ; ainsi nous serons certains d'éviter le rectum. S'il y a une collection limitée (abcès bombant dans le cul-de-sac de Douglas) les conditions changent et c'est au point qui fait le plus saillie ou qui paraît le plus fluctant que nous devons faire porter notre incision ; nous verrons plus tard que c'est dans ces cas d'abcès localisé qu'on blesse le plus facilement les organes de la région.

De quels instruments nous servirons-nous ?

Du bistouri, des ciseaux à long manche ?

Les instruments ordinaires suffisent.

Nous faisons donc avec le bistouri l'incision au lieu d'élection ; le liquide s'écoule. Mais nous ne continuons pas la section avec l'instrument tranchant qui pourrait blesser l'uretère ou l'artère utérine ; nous introduisons alors une paire de ciseaux fermés, ou une pince de Kocher que nous ouvrons et que nous tirons à nous ouverte. Nous avons un orifice qui nous permet de placer deux drains gros comme le doigt et une mèche de gaze ; s'il ne s'écoule après l'incision aucun liquide, le bistouri ayant été enfoncé de 1 centimètre ou de 1 cm. 5, nous ne devons pas nous servir plus longtemps de cet instrument et nous introduisons soit une pince ou une paire de ciseaux fermés, soit mieux le doigt pour effondrer le feuillet péritonéal haut placé ou la paroi trop épaisse de la poche purulente.

S'agit-il d'une péritonite non enkystée, l'opération est terminée ; s'agit-il au contraire d'une collection du Douglas avec lésion tubaire probable, nous devons aller avec le doigt à la recherche de la trompe, pour en évacuant le liquide qu'elle contient rendre le drainage complet et parfait. L'incision est faite. Quelle conduite tenir ? Allons-nous mettre un drain, une mèche, surtout allons-nous faire des lavages ? Deux cas se présentent : nous tombons sur une collection libre dans la cavité péritonéale ou paraissant libre ; nous ouvrons un foyer limité de pelvi-péritonite puerpérale. Dans le second cas, nous ne sommes pas adversaires des lavages, avec du sérum chirurgical, ou de l'eau oxygénée, lavages qui aideront à enlever dans cette

poche limitée les éléments étrangers, pus, fausses membranes. Le lavage, dans ce cas, peut servir, bien que cependant le drainage au point déclive puisse suffire à l'écoulement du pus et que le liquide soit capable en traumatisant la poche de rompre une adhérence salutaire et de propager une infection localisée. Dans la péritonite libre, quelle conduite allons-nous tenir ? D'après ce que nous avons dit pour la pelvi-péritonite, il semble bien que le lavage soit contre-indiqué. Si en effet quelques auteurs (Bouilly, Congrès de Chirurgie, 1889, Tarnier, 1894 ; Forgue, 1897 ; Lejars, Chirurgie d'urgence) ont préconisé le lavage dans la péritonite diffuse en lui reconnaissant un rôle mécanique (dilution des liquides septiques, écoulement plus facile des particules solides, absorption du sérum physiologique quand on se sert de ce liquide pour laver), d'autres au contraire (Friedrich, Krogus, Lejars, Congrès de Bruxelles, Sonnenburg, Ullman) s'en déclarent adversaires, montrant que le lavage n'enlève pas tous les produits septiques, qu'il allonge l'opération, qu'il cause un shock plus intense en traumatisant les anses intestinales. Pour la colpotomie, nous trouvons que le lavage est contre-indiqué, le maximum des lésions est quoi qu'on en dise dans le petit bassin ; c'est donc là surtout qu'il y a des produits septiques ; allons-nous par un lavage par le Douglas refouler ces substances dans la grande cavité abdominale ? allons-nous risquer d'infecter une séreuse saine ? Le lavage sera illusoire pour enlever les substances septiques ; il sera dangereux en risquant de généraliser l'infection que nous avons à traiter : nous nous en abstiendrons donc.

Nous allons mettre des drains, quelle longueur faut-il

leur donner ? Nous avons vu que d'après les expériences de d'Herbecourt, le drain qui seul affleure l'incision du Douglas réalise le drainage parfait. Nous drainerons ainsi le cul-de-sac postérieur seul. Or, la lésion est souvent plus haut et il faut tenter de faire un drainage plus complet : le drain placé jusqu'au fond de l'utérus permet, comme nous l'avons montré, l'écoulement d'une certaine quantité de liquide qui serait sans cela resté dans la grande cavité péritonéale. Aussi nous avons coutume d'introduire un drain de 15 à 20 centimètres ; nous mettons deux tubes de caoutchouc troués allant de chaque côté du bassin ; le liquide si un des trous ne correspond pas à l'incision vaginale file entre les deux drains qui à leur entrée dans le péritoine ne sont pas exactement accolés. Il sera commode, pour introduire ces drains, d'employer une pince courbe qui les portera en arrière de l'utérus jusqu'au fond de l'organe ; sans cette manœuvre en effet, le drain risque de se couder dans le Douglas et il ne remplit plus alors le rôle qui lui était destiné.

Faut-il en plus mettre une mèche de gaze dans le cul-de-sac recto-utérin ? Nous avons vu que Robble conseillait pour empêcher les adhérences entre les annexes et le péritoine pariétal. Si nous avons de la place, nous en mettons, sinon nous nous abstiendrons. La mèche de gaze ne répond pas en outre aux mêmes besoins pour le drainage vaginal que pour le drainage abdominal ; dans le dernier, en effet, par sa capillarité, elle fait aspiration et permet d'évacuer les liquides qui stagnent dans le point le plus déclive, le drainage abdominal par le drain seul étant absolument anti-naturel ; mais dans le drainage vaginal,

l'écoulement des liquides se fait au point le plus favorable par l'effet seul de la pesanteur. Il n'est donc pas besoin de corriger les défauts du drain en caoutchouc par la capillarité de la gaze ; cette dernière a en outre un inconvénient signalé pour le drainage abdominal ; elle adhère à l'intestin et peut causer des fistules intestinales. Nous mettrons donc simplement une mèche de gaze dans le vagin pour recueillir les produits septiques et maintenir les drains en place ; ces compresses seront changées tous les jours, plus souvent si l'écoulement est plus abondant ou trop fétide.

Telle est la technique de la colpotomie postérieure telle que nous avons l'habitude de la voir pratiquer et de la pratiquer nous-même. Elle est facile, simple et rapide ; cependant il peut y avoir quelques incidents opératoires.

Dans certains cas, on éprouve des difficultés à ouvrir le cul-de-sac péritonéal (obs. III). Il suffit de connaître la possibilité de cet échec pour ne pas s'y opposer ; quand on a des doutes, on endort la malade et avec le doigt ou la pince, on effondre le péritoine en longeant la face postérieure de l'utérus (obs. XIII).

La blessure d'organes voisins est toujours possible : le rectum ; nous avons vu la manière de l'éviter : l'uretère ; il sera quelquefois lésé dans le cas de phlegmon pelvien. « L'uretère pourra être déplacé de deux manières différentes : tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il est repoussé en dehors contre la paroi pelvienne et il longe pour regagner la vessie la paroi antérieure de l'abcès ; tantôt il est refoulé en dedans et rapproché du col de l'utérus. Comme il est impossible de reconnaître en clinique

dans quel sens a eu lieu le déplacement de l'uretère il, faut toujours supposer le cas le moins favorable et inciser en un point où l'on soit sûr de ne pas le rencontrer ; c'est pour cela qu'il vaut mieux faire l'incision dans la partie la plus reculée de la tumeur ; cette incision doit être oblique en arrière et en dehors car c'est le sens dans lequel marchent les vaisseaux de la région » (P. Delbet).

L'artère qui pourra être lésée sera non pas l'utérine qui est plus en dehors, mais une artère vaginale qu'on pourra en examinant attentivement la tumeur sentir battre et qu'on pourra éviter. Si néanmoins, on l'a blessée, il suffirait de tamponner ou si l'écoulement continuait, de laisser une pince à forcipressure pendant quarante-huit heures.

Il peut arriver aussi que l'écoulement du pus se fasse mal après l'ouverture du cul de-sac de Douglas ; c'est ce qui se produisit dans le cas de Jeannin (1) (obs. II). Immédiatement, il fit la laparotomie et établit le drainage abdomino-vaginal. Mais Guéniot (2) lui fit remarquer avec juste raison que dans la laparotomie on pouvait voir de même une anse météorisée venir à la peau et empêcher l'écoulement du pus : il suffit de mettre un drain pour repousser l'intestin et permettre par suite au liquide péritonéal de s'écouler.

Quels soins post-opératoires allons-nous donner à notre malade ? La position au lit n'est pas indifférente : on a coutume pour les péritonites, surtout après la laparotomie, de mettre les malades dans le décubitus dorsal ; on les expose ainsi aux accidents broncho-pulmonaires, particulièrement fréquents chez ces femmes infec-

1. Jeannin. *Bulletin de la Soc. d'obstétrique*, 1904.

2. Guéniot. *Bulletin de la Soc. d'obstétrique*, 1904.

tées. La position horizontale a encore un autre inconvénient ; c'est que le drainage vaginal est imparfait. Nous mettrons donc nos malades en position dite de Fowler : c'est-à-dire à peu près assises, le tronc soulevé par des oreillers ; ainsi le pus s'écoulera hors du ventre, au fur et à mesure qu'il se formera ; cette position sera très agréable à la malade qui est très souvent dyspnéique, et ne favorisera pas la contamination de la partie supérieure de l'abdomen, si celle-ci est intacte.

Nous avons donné la première place au traitement chirurgical. Est-ce à dire que le traitement médical ne sera d'aucune utilité ? Bien au contraire. Une fois ouverte, la voie d'évacuation des liquides septiques, il faudra permettre à la malade de faire les frais de sa maladie, c'est-à-dire soutenir ses forces. Nous pourrons faire un traitement local et un traitement général : le traitement local ; ce sera l'application de glace sur le ventre, toujours possible puisque nous n'avons pas fait d'incision abdominale et la glace agira bien mieux maintenant que les liquides péritonéaux s'écoulent.

Le traitement général sera d'un grand secours ; si la malade ne vomit pas, nous la nourrirons sans fatiguer le tube digestif en lui donnant des aliments faciles à digérer : lait, œufs, bouillons végétaux, viande crue, nous lui donnerons de l'alcool sous forme de champagne, des potions de Todd ; nous assurerons le fonctionnement de son tube digestif par l'administration de lavements évacuateurs ; nous donnerons tous les jours un lavement d'eau bouillie ou de sérum qui, nous l'avons vu dans l'expérience de d'Herbécourt, en dilatant le rectum, efface le Douglas et

facilite l'écoulement du pus. Faut-il aussi donner de purgatifs ? Jeannin (1) les préconise, 20 à 30 grammes d'huile de ricin de temps en temps ; il vaut mieux à notre avis s'en abstenir, parce qu'en mobilisant les anses intestinales, on risquerait de favoriser la dissémination de l'infection.

Si la malade a des vomissements, toute thérapeutique stomacale sera difficile et alors nous lui ferons des injections de sérum, pour soutenir ses forces et aussi pour lutter contre la déperdition de liquide causée par les vomissements. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la quantité de sérum à injecter. Pour certains, il ne faut pas dépasser les doses de 200 à 300 grammes pour ne pas surcharger des reins déjà atteints. Pour d'autres (Lejars), on peut aller bien au delà et injecter 2, 3 et même 5 litres pour réaliser en quelque sorte une espèce de lavage du sang. D'après ce que nous avons vu, il semble qu'on peut sans inconvénient faire d'abondantes injections de sérum ; on a souvent des phlegmons localisés, sans qu'on puisse incriminer le défaut d'asepsie ; peut-être y a-t-il une analogie entre ces abcès causés par le sérum et les abcès de fixation de Fochier.

Faut-il en même temps faire des injections de collargol ? Nous n'y sommes pas opposés, bien que n'en ayant pas une pratique suffisante ; elles ne peuvent pas en tous cas être dangereuses. Il en est de même des injections de nucléinate de soude, de sérum de Petit, qui auraient pour rôle d'exciter la leucocytose, traitements qui viendraient en aide au traitement chirurgical.

1. Jeannin, *Médecin praticien*.

RÉSUMÉ ET PRONOSTIC OPÉRATOIRE

De cette étude, se dégage cette notion que la colpoto-
mie est une opération qui est curative dans un très grand
nombre de cas d'infection puerpérale ; qu'elle peut être
appliquée à une période où tout autre traitement chirur-
gical (hystérectomie, laparotomie) semblerait trop grave
ou trop précoce ; qu'elle permet ainsi de traiter d'une
manière rapide une affection qui serait abandonnée à
tous les dangers de l'expectative. Elle est en tous cas un
moyen de diagnostic très important parce que mieux
que la ponction, elle permet de reconnaître, et de traiter
en même temps, des péritonites qui passeraient inaper-
çues. Nous interviendrons donc dans tous les cas d'infec-
tion puerpérale, dans lesquels le traitement local n'aurait
pas fait cesser les accidents d'une manière suffisamment
rapide ; s'il y a des phénomènes généraux graves, nous
n'attendrons pas les effets du traitement local et nous nous
baserons pour intervenir : 1° sur la rapidité du pouls
plus ou moins en désaccord avec la température ; 2° sur
l'élévation de la température sans cependant attacher
une importance absolue à ce signe ; 3° sur l'accélération
du rythme respiratoire ; 4° sur l'altération de l'état géné-
ral qui peut être en désaccord avec le pouls et la tempé-

rature ; enfin, 5° sur les anamnétiques quand nous aurons la connaissance de manœuvres obstétricales ou abortives septiques, ou quand nous croirons à une perforation de l'utérus. Les signes locaux, douleur, ballonnement du ventre, vomissements, sont des bons signes de péritonite et ils commandent l'intervention ; mais nous avons vu des cas où on n'a rien trouvé dans le Douglas et où la guérison s'est néanmoins faite (Sourdille). « Il vaut donc mieux ouvrir en péritoine intact que de ne pas opérer une péritonite diagnostiquée » (Jeannin). Ces cas nous rendent très disposés à intervenir puisque nous rendrons ainsi de toute façon service aux malades. La fièvre puerpérale doit donc être rapidement traitée. Presque toujours bénigne au début, l'infection fait d'un jour à l'autre des progrès qui lui permettent bientôt si l'on n'y remédie pas, d'échapper à toute thérapeutique.

Les résultats viennent souvent couronner nos efforts ; nous rapportons un certain nombre de cas où la guérison est survenue après la colpotomie faite à temps ; il est certain que parfois la mort survient non par la colpotomie, mais malgré elle, car on est intervenu à une période déjà avancée de l'affection. Il est certain aussi que beaucoup de chirurgiens et d'accoucheurs ont vu dans leur pratique des malades qu'ils avaient condamnées guérir spontanément d'une manière pour ainsi dire miraculeuse. Nous n'avons pas fait le pourcentage des cas de guérison. Que prouve une statistique en pareil cas ? Tous les cas de colpotomie ne sont pas publiés ; suivant ses tendances personnelles, on communique une série de succès ou une série de désastres. Il nous aurait été facile de ne publier

que les cas favorables en éliminant les autres pour une cause ou pour une autre. Dans une affection aussi polymorphe que l'affection puerpérale, il ne faut pas vouloir comparer tous les cas entre eux pour les faire entrer dans une même statistique. Certains accoucheurs déjà ne veulent pas considérer l'infection *post-abortionum* comme une véritable infection puerpérale (Lepage), et cependant nous avons mêmes causes, mêmes symptômes, mêmes complications. Pourquoi vouloir alors mettre tous ces cas sur le même plan, les faire entrer dans une même statistique. Nous apportons des guérisons qui nous paraissent dues à la colpotomie ; nous en avons conscience dans quelques cas d'avoir enlevé ces malades à la mort. L'opération que nous proposons est logique, peu traumatisante, efficace, et surtout elle peut être appliquée d'une manière précoce. Si quelquefois elle est insuffisante, elle n'aura en rien empêché l'application d'une thérapeutique plus radicale ; en tous cas, elle est plus satisfaisante à l'esprit, car qu'y a-t-il de plus angoissant que d'attendre et d'assister inactif aux progrès croissants de l'infection. L'expectative est terrible, car le moment où on a assez attendu et celui où on a trop attendu sont bien voisins et aucun signe ne vient vous avertir du passage de l'un à l'autre.

1° Péritonite cliniquement diagnostiquée

OBSERVATION I

(Kaltenbach cité par Kayser. — *Arch. f. klin. med.*, 1876,
t. 17, p. 99)

Péritonite aiguë « post-partum ». — Colpotomie. — Guérison.

Femme de quarante-cinq ans, quatrième accouchement, péritonite aiguë dont la malade ne se relevait pas; par le cul-de-sac postérieur du vagin, on lui fait une incision au bistouri par laquelle on vide un demi-litre de pus, la femme guérit bientôt.

OBSERVATION II (Résumée)

(Jeannin. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1904, p. 13)

Infection puerpérale. — Colpotomie, puis drainage abdomino-vaginal.

Il intervient chez une jeune femme, présentant des phénomènes pelvi-péritonitiques, à la suite de manœuvres abortives. Il y avait un plastron sus-pubien limité. Curettage, colpotomie; c'est à peine s'il s'écoule quelques gouttes de liquide, car immédiatement une anse intestinale météorisée vient fermer la plaie à la manière d'un clapet. La malade fut mise immédiatement dans la position de Trendelenbourg et il pratiqua la laparotomie. Il y avait une péritonite généralisée. Laparotomie et drainage vaginal. Jeannin conclut que la laparotomie ne donne pas plus de shock que la colpotomie et de plus qu'elle permet des lavages de sérum qui sont la seule partie importante de l'opération et favorisent la diurèse.

OBSERVATION III (Résumée)

(Paul Guéniot. — *Annales de la Société d'Obstétrique de France*, 1905.)

Péritonite « post-abortionum », échec de la colpotomie — Mort.

Péritonite débutant sitôt après l'avortement. Deux jours après, malgré que le doigt ne sente aucune tumeur dans le Douglas, incision du cul-de-sac postérieur ; on place un drain, rien ne s'écoule sauf du sang. Mort vingt-quatre heures après, par la continuation des accidents. Autopsie. Péritonite généralisée, pus abondant (4 litres). Le drain n'est pas dans la cavité péritonéale, mais bien dans le tissu cellulaire sous-péritonéal : le péritoine s'est laissé refouler et non effondrer.

OBSERVATION IV

(Léon Sourdille. — *In Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1905, p. 860.)

Péritonite généralisée post-abortionum. — Colpotomie. Parotidite double. — Fistule entéro-vaginale. — Guérison.

La nommée S. Y..., âgée de dix-huit ans, élève à l'École dentaire, est amenée le 9 mai 1904, à 6 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, où elle est reçue d'urgence, salle Denonvilliers, lit n° 3, service de M. Peyrot. La malade, fort intelligente, me raconte que, se croyant enceinte de deux mois (elle n'a pas eu ses règles depuis le commencement de mars), elle s'est donné elle-même, m'assure-t-elle, une injection intra-utérine, au moyen d'une canule à extrémité mousse, et dans laquelle elle a mis de la fleur de noyer et du savon noir.

Très rapidement, il survient une douleur qui, d'abord localisée au bas ventre, ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen les jours suivants.

Entre temps, des pertes rouges abondantes, avec caillots, sont survenues.

Je l'examine alors plus directement : elle me dit avoir une

constipation absolue depuis plusieurs jours et avoir des vomissements verts incessants ; bientôt elle rend de nouveau, et il m'est facile de m'assurer que ces vomissements sont porracés en effet.

La langue est très sèche, sale seulement sur les bords, mais fuligineuse au centre.

Je fais prendre immédiatement sa température : le thermomètre monte rapidement et marque finalement 40°5.

Le pouls est à 144, petit. L'état général est des plus mauvais, la malade a une respiration petite et pressée (40 inspirations par minute) ; son visage grippé, ses yeux enfoncés, avec un cercle noirâtre péri-orbitaire, dénotent une angoisse et une souffrance intenses, et une profonde atteinte de tout l'organisme. De temps à autre, un hoquet s'échappe de sa poitrine.

Le ventre est ballonné, la douleur spontanée très vive ; la malade ne peut supporter le poids des couvertures, et le moindre contact du doigt sur l'abdomen provoque des cris déchirants.

Au toucher vaginal, le doigt sent tous les culs-de-sac empâtés et bombant dans le vagin, et est ramené couvert de sang mêlé à du mucus de mauvaise odeur.

Le palper hypogastrique combiné est impossible à pratiquer.

En présence de cette infection profonde et de la gravité de l'état de la malade, je fais venir immédiatement le chirurgien de garde. Mais celui-ci après examen de la malade, ne veut pas prendre la responsabilité de l'intervention vu l'âge de la malade (dix-huit ans seulement), et bien que celle-ci consente à se laisser opérer, il estime que l'opération sera fatale, et que, « s'il reste une chance de salut à la malade, c'est le repos et l'expectative qui l'assureront ».

Je me résigne donc à ordonner de la glace sur le ventre, 1.000 grammes en injection hypodermique de sérum artificiel, auquel on adjoint 1 gramme de caféine, et de la morphine : 1/2 centigramme toutes les trois heures.

Le lendemain matin, 10 mai, l'état de la malade est le même ; la température s'est abaissée d'un demi-degré, et le pouls est à 130.

M. Peyrot ayant vu la malade estime qu'une intervention seule peut la sauver ; mais craignant que la laparotomie sous-ombilicale fatigue par trop la malade, déjà si affaiblie, il

recommande une colpotomie postérieure, qui est pratiquée immédiatement par M. Souligoux.

Opération. — L'incision est pratiquée sans aucune anesthésie préalable.

Dès l'ouverture du cul-de-sac postérieur, un flot de pus d'odeur horriblement fétide jaillit de la vulve, et il s'en écoule une quantité qu'on peut évaluer à 1 lit. 1/2 ou 2 litres.

Après un nettoyage rapide sans aucun lavage, deux gros drains sont placés dans le Douglas, le vagin est tamponné, et la malade est ramenée dans son lit. On continue l'application de la glace sur le ventre ; nouvelle injection de caféine.

L'état de la malade s'améliore rapidement, la température du soir descend à 38°8. Le pouls est à 120, mais plus fort. Le visage de la malade est moins profondément abattu, et, malgré que l'infection de cet organisme soit encore profonde, j'entrevois déjà une guérison possible.

Le pansement est renouvelé le lendemain, mais sans aucun lavage, et les parties en contact avec le pus sont simplement nettoyées avec des tampons antiseptiques soigneusement étreints.

Même traitement les jours suivants : tous les jours on fait à la malade de nouvelles injections de sérum artificiel, variant de 500 grammes à 1 litre.

L'amélioration va croissant ; à la suite de l'intervention, les vomissements verts ont rapidement déchu de nombre, pour disparaître complètement au bout de soixante-douze heures. Enfin, cinq jours après l'évacuation du pus, la température est à 37 degrés.

Les pansements sont renouvelés tous les deux jours, l'un des drains est supprimé ; bientôt la température s'élève de nouveau, et on pense à une rétention de pus en quelque endroit inaccessible. La douleur abdominale n'existe plus qu'à la région hypogastrique et dans le petit bassin.

A partir du 25 mai, la température est à 39 degrés le soir, 38 degrés le matin, lorsque, le 29 mai, la malade se plaint de souffrir derrière la mâchoire inférieure, et on constate alors que la région parotidienne gauche est œdématiée et douloureuse à la pression. Le lendemain, 30 mai, la parotide droite se prend à son tour.

Pour comble d'ennui, le lendemain encore, 31 mai, on constate un écoulement, par le vagin, de matières fécales, jaunes,

liquides, provenant sans doute d'une perforation d'anse grêle près du cul-de-sac vaginal. Cette perforation se bouche assez rapidement, et, huit jours après, il n'y a plus aucun écoulement de matières fécales.

La parotide droite (celle atteinte la dernière) augmente de plus en plus, tandis que la parotide gauche reste moyennement œdématiée.

Le 7 juin, à ma contre-visite, je perçois une fluctuation profonde au niveau de la région parotidienne droite, et le lendemain matin une incision large donne issue à du pus de mauvaise odeur, environ un demi-verre.

La parotide gauche reste stationnaire quelques jours encore; le 12 juin la fluctuation est perceptible, et l'incision en est faite immédiatement.

Dès lors, la malade va de mieux en mieux; très affaiblie, très amaigrie, tant par son affection causale que par ces complications successives, elle met à vrai dire un assez long temps à se remettre entièrement; enfin, le 21 août, complètement guérie, la malade sort de l'hôpital après un séjour de près de trois mois.

Deux mois après, elle écrivait à une de ses anciennes voisines de lit, retenue à l'hôpital par une affection chronique, qu'elle se portait toujours très bien, et qu'elle était parfaitement remise de sa grave maladie.

OBSERVATION V

(In Sourdille. — *Revue de Gynécologie*, 1905, p. 866)

*Infection puerpérale. — Péritonite généralisée. —
Colpotomie. — Guérison.*

H... Berthe, âgée de trente ans, porteuse de pain, est amenée d'urgence à Lariboisière, salle Denonvilliers, n° 20, le 18 juillet à 6 heures du soir.

La malade me raconte qu'ayant un retard de règles de trois mois elle a voulu se faire avorter et s'est fait pour cela il y a six jours une injection intra-utérine, avec une solution de carbonate de potasse (cristaux).

A la suite de cette manœuvre, la malade a commencé à perdre en rouge, en même temps qu'une vive douleur envahissait tout le bas-ventre.

Au moment de son entrée, la malade a 39°7 de température, le facies est grippé, angoissé, la malade a 35 respirations à la minute, le pouls est rapide à 125, mais assez fort. Le ventre est énorme par météorisme, on voit les anses intestinales dilatées faisant saillie sous la peau.

La malade a des vomissements fréquents, bilieux. La douleur spontanée est très vive, et le moindre contact l'augmente encore.

Je touche la malade et je perçois le col utérin ouvert, très gros, durci, les *culs-de-sac sont bombés et empâtés*, le speculum introduit montre que tout le fond du vagin et le col sont congestionnés, violacés, et le cul-de-sac postérieur n'existe pour ainsi dire plus. Du col utérin s'écoule une sécrétion, d'odeur putride, mélangée à des débris de caduque utérine.

La plénitude et l'ampleur du pouls, l'absence de vomissements porracés me font penser qu'il n'y a qu'une crise de péritonisme sans plus ; traitement d'expectative, je pratique un curetage succinct qui ramène seulement quelques débris placentaires. La cavité utérine mesure 11 centimètres. La curette sent une paroi très molle, se laissant facilement déprimer. Nulle part, malgré mes recherches, je ne trouve de perforation utérine.

Ecouvillonnage, pas d'injection intra-utérine, tamponnement léger à la gaze iodoformée de la cavité utérine et du vagin.

800 grammes de sérum et de caféine sont administrés à la malade, ainsi qu'une vessie de glace en permanence sur le ventre ; une injection de morphine pour la nuit. Mais son état s'aggrave rapidement. La malade est prise quelques heures après de vomissements porracés, très liquides, qui deviennent incessants vers le matin.

19 juillet. — Le matin à la visite, la douleur abdominale suraiguë, l'absence complète de gaz, la petitesse du pouls qui est monté à 149, ne me donnent plus aucune illusion, et le diagnostic de péritonite généralisée s'impose, bien que la température soit tombée à 39 degrés, c'est-à-dire près d'un degré.

Je juge donc indispensable d'intervenir aussitôt, ne pouvant

espérer par l'expectative la résolution de ces symptômes alarmants.

Je pratique une colpotomie postérieure, qui ne donne issue qu'à une petite quantité de liquide louche, sans odeur, et, après renouvellement du pansement utérin, j'introduis deux gros drains, l'un de 35 centimètres de long, remontant vers la grande cavité abdominale, l'autre plus court dans le Douglas. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Nouvelle injection de 500 grammes de sérum artificiel, caféine, et glace sur le ventre. Diète absolue.

Le soir la température est la même, les vomissements persistent, l'état général est toujours grave; pourtant la douleur abdominale est un peu moins vive et je me demande si ce n'est pas là une accalmie préterminale.

20 juillet. — Le lendemain matin même état, la température s'obstine à rester à 39°, toutefois les vomissements porracés ont un peu diminué; même traitement que la veille.

Le soir enfin, j'ai le plaisir de constater un changement favorable, la température s'est abaissée à 38°6, et l'état général est un peu meilleur.

21 juillet. — La température du matin est à 37°6; en faisant le pansement vaginal, je constate que les compresses sont pour la première fois imbibées de pus franc et en assez grande quantité.

22 juillet. — La malade se trouve de nouveau plus fatiguée, la température remonte.

23 juillet. — La température atteint 40°5, la malade se reprend à vomir de plus belle, mais, l'après-midi, elle se sent mouillée soudain, et on constate qu'une grande quantité de pus souille son drap de lit. Le pansement est renouvelé; la température du soir est tombée brusquement à 37 degrés.

J'attribue les troubles des deux jours précédents à la formation d'un foyer purulent dont l'évacuation a provoqué l'amendement des symptômes.

Depuis lors, la marche est graduelle vers le rétablissement de la malade.

Le plus long des drains est enlevé et les pansements sont renouvelés tous les deux jours, la température reste entre 37°5 et 38°5.

A mon départ pour les vacances (août) la malade commence à s'alimenter, et quand je reviens dans le service un mois plus

tard, la malade se lève chaque jour, et il ne reste plus qu'une fistulette du cul-de-sac postérieur absolument insignifiante et qui persiste encore lors de la sortie de la malade, sur sa demande, le 8 octobre 1904.

OBSERVATION VI

(In Léon Sourdille. — *Revue de Gynécologie*, 1905, p. 869)

Péritonite « post-abortionum ». — Colpotomie. — Mort.

M... Philiberte, trente-cinq ans, ménagère, entre d'urgence salle Denonvilliers le 23 septembre 1904. La malade était enceinte depuis un mois, lorsqu'elle a voulu se faire avorter au moyen d'une injection intra-utérine, faite avec une décoction de feuilles d'absinthe, qui a été pratiquée le 19 septembre dans des circonstances ignorées de nous.

A la suite de cette injection, vives douleurs dans le bas-ventre, pertes rouges abondantes. La malade souffre bientôt dans tout le ventre.

A l'examen auquel je me livre, il m'est facile de constater que la malade est dans un état général très grave. Le pouls est petit et très rapide, la température est à 40 degrés. Le ventre est ballonné, pas très douloureux. La malade a des vomissements verdâtres.

Au toucher, je sens *les culs-de-sac libres et souples*. Au speculum, le col est ouvert, admettant l'extrémité de l'index, il en sort un liquide séro-purulent et fétide.

Le diagnostic de péritonite généralisée me paraissant hésitant, je me contente d'enfoncer dans la cavité utérine un drain métallique, et après avoir ordonné un traitement médical approprié, sérum, caféine, morphine et glace, la malade est reportée dans son lit.

Le lendemain matin, l'état général est plus grave encore, presque désespéré; les yeux sont excavés, le teint est livide, les vomissements sont incessants, le ventre n'est plus douloureux. Les culs-de-sac sont toujours souples.

M. Souligoux voit la malade et fait le diagnostic de péritonite généralisée, et malgré l'absence de signes de collection du petit

bassin, est d'avis qu'une colpotomie s'impose comme le moindre traumatisme à faire subir à la malade

La colpotomie postérieure est pratiquée par M. Lapointe, auquel je sers d'aide. A notre grande surprise, il s'écoule une certaine quantité de pus par l'incision, pus très fétide, et l'on draine rapidement.

Malheureusement l'état général de la malade est désespéré; et tous les soins qu'on lui donne ne lui procurent qu'une courte survie, car elle s'éteint progressivement et meurt la nuit suivante.

OBSERVATION VII

(E. Pillet, de Rouen. — *Journal des Praticiens*, 1907, p. 487.)

Péritonite puerpérale généralisée post-abortive. — Colpotomie. — Guérison.

X..., femme de chambre, est apportée en ambulance dans le service de notre maître, le Dr Michaux, à Beaujon, en état de septicémie grave : le facies est très mauvais, pâle, étiré, les yeux excavés et cerclés de bistre, les conjonctives subictériques, les pommettes saillantes, le nez pincé.

Dyspnée. Vomissements s'effectuant sous forme de régurgitations fréquentes de couleur porracée. La malade ne se plaint que de ces vomissements, apparus, dit-elle, il y a deux jours ; elle souffre peu. Le ventre est ballonné, présentant un tympanisme généralisé avec submatité dans la partie inférieure de la fosse iliaque gauche. Une défense musculaire énergique rend tout palper illusoire.

Température : 38°5, dissociée du pouls incomptable (165 pulsations).

Il s'agit évidemment d'une péritonite septique : mais de quelle cause ?

L'appendicite ? Mais la malade n'était pas antérieurement constipée ; elle n'a jamais eu de crises, et le début ne s'est pas fait par la fosse iliaque droite.

Les réponses embarrassées de la malade, son âge, ce fait qu'elle s'avoue enceinte de deux mois et demi, nous font penser à quelque histoire d'avortement avec péritonite puerpérale.

En effet, le toucher décèle un col ramolli, déchiré à gauche et béant ; aussi le doigt est-il introduit jusque dans la cavité utérine : elle est vide, ne contenant que quelques débris placentaires et sans rupture appréciable ; le corpe utérin surplombe de trois travers de doigt la symphyse pubienne. La base du ligament large gauche est empâtée dans le cul-de-sac latéral, mais le cul-de-sac postérieur est libre. La mobilisation de l'utérus entre les doigts vaginaux et abdominaux est douloureuse.

Il s'agissait donc d'une péritonite puerpérale généralisée, sans prédominance pelvienne, succédant à des manœuvres abortives. L'état de cette malade était désespéré ; aussi un chirurgien du Bureau central nous avait-il déconseillé d'intervenir. Nous voulions cependant tenter une colpotomie ; elle avait sauvé plusieurs malades dans des cas analogues.

OPÉRATION. — Désinfection vaginale : quelques gouttes de chloroforme mêlées d'oxygène, au moment de prendre les instruments :

1° Curettage sommaire de l'utérus avec une grosse curette ; attouchements à l'eau oxygénée ;

2° Ouverture la plus large possible du cul-de-sac postérieur et libération de quelques adhérences lâches, par l'introduction de deux doigts dans le Douglas, suivie d'un jet de pus fétide. Deux gros drains sont dirigés avec un long champ, doucement, vers chaque fosse iliaque ; mèche pour entraver, si besoin, le prolapsus d'une anse intestinale. Caféine, sérum, glace *intus et extra*.

Le lendemain le ventre est toujours ballonné, mais la malade n'a pas vomi et a même sommeillé quelques heures. Elle a uriné spontanément 200 grammes d'urines chargées.

Température : 38°7. Pouls fréquent à 140, mais tendu.

Pendant le pansement, du pus roussâtre d'odeur infecte jaillit sous pression de l'utérus ; sa cavité est redressée et drainée par un gros drain perforé. Le surlendemain, le facies est coloré, yeux moins excavés, la langue s'humecte. Le ballonnement abdominal a diminué. Le pansement est inondé de pus et de sérosité très fétide : lavage utérin à l'eau oxygénée. Température 38 degrés, pouls 110. Les jours suivants, le ventre « reste de bois », surtout à gauche. La fièvre oscille entre 38 et 39 degrés, le pouls entre 100 et 120. Apparition d'une diarrhée fétide, peut-être due à la rupture d'une poche septique, et en

tous cas éliminant une masse de toxines ; aussi est-elle respectée.

Vers la fin de la troisième semaine, la température remonte à 38°5 et 39 degrés. L'apparition d'une douleur parotidienne nous permet de pronostiquer, d'après les observations antérieurement publiées une parotidite suppurée. Après cinq ou six jours, le pus s'est collecté : incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien ; pus épais, à débris glandulaires sphacelés, drains. La suppuration continue, pendant quinze jours environ, nécessitant le débridement de la première incision. Reste une induration parotidienne descendant en bas jusqu'à l'angle de la mâchoire, et débordant en haut sur la joue.

A cette date, la malade entre en pleine convalescence. Elle sort de l'hôpital après six semaines, avec des adhérences pelviennes qui s'organisent : utérus rétro-réfléchi, annexes peu volumineuses et indurées.

Elle est amaigrie et affaiblie.

Cette observation n'est pas seulement un cas heureux, elle s'ajoute à plusieurs guérisons obtenues, dans des circonstances aussi dramatiques par le même moyen.

Retenir donc, en présence d'une péritonite septique abortive, avec ou sans perforation utérine, même en l'absence d'empâtement pelvien, qu'une *colpotomie peut sauver la malade* ; elle pose, sans Shock opératoire, un drain au point déclive de la cavité péritonéale et au plus près du foyer utérin infectieux ; opération de choix entre une expectative timorée, qui laisse mourir, et une hystérectomie téméraire, qui tue.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Guinard).

Péritonite puerpérale « post-abortionum ». — Colpotomie antérieure et postérieure. — Guérison.

Claire L... vingt-quatre ans, modiste, fausse couche de six

semaines, ou plutôt grossesse de six semaines avec manœuvres qui ont duré quinze jours. Le quinzième jour (27 décembre 1902), douleurs brusques dans le ventre, ballonnement, vomissements ; on met de la glace sur l'abdomen, opium à l'intérieur. La malade est amenée à la Maison Dubois dans le service de M. Guinard, le 4 janvier 1903. Elle a toujours le même état abdominal avec un état général très grave ; il y a un écoulement vaginal infect ; la température est peu élevée, 36°8 axillaire. M. Robineau, qui fait le service pendant les vacances, lui fait d'urgence un curettage qui ramène des caillots fétides.

Le 5, même état général grave, température 37°8, 37°3, sérum, glace sur le ventre, le 6, M. Guinard la trouve avec un état général très inquiétant, extrémités froides, poulx filiforme, faciès péritonéal, vomissements porracés, hoquet.

Devant ces phénomènes graves d'infection, en présence d'un écoulement utérin infect, on se dispose à enlever l'utérus. La malade est amenée à la salle d'opération, on incise les culs-de-sacs antérieur et postérieur. premier temps d'une hystérectomie vaginale, il s'écoule très peu de liquide de l'ouverture du cul-de-sac postérieur. On décide alors de ne pas pousser plus loin l'intervention. Drain dans le cul-de-sac de Douglas. Curage léger de l'utérus ramenant quelques caillots sentant très mauvais.

Les jours suivants, il se fait par le drain un écoulement plus abondant, la cavité utérine se nettoie peu à peu, les phénomènes généraux et abdominaux vont en s'améliorant : pendant huit jours, on fait 500 grammes de sérum, on maintient de la glace sur le ventre.

Le 25 janvier, la malade va bien depuis quelques jours, disparition des douleurs et des signes de péritonisme. La température est tout à fait normale, le poulx est régulier et bien frappé ; on enlève le drain ; il y a, à la miction, quelques douleurs qui disparaissent sous l'influence de la térébenthine.

Le 1^{er} février, la malade sort de l'hôpital en bon état de santé.

Dans ce cas où malgré le peu d'élévation de la température, il y avait des phénomènes généraux graves ; M. Guinard se montra très prudent en n'achevant pas l'hystérectomie commencée. L'événement lui donna raison puisque la malade guérit. On notera la petite quantité du liquide, son écoule-

ment plus abondant les jours suivants coïncidant avec la convalescence commencée.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Guinard.)

Péritonite généralisée post-partum. — Colpotomie. — Guérison

M^{me} S..., trente-six ans, multipare, accouchée en ville, à terme d'un enfant vivant le 28 mars 1903. Deux jours après, élévation de température : 39°5 le matin, 38°5 le soir; on fait une injection intra-utérine.

Le lendemain, même température, même traitement.

Les jours suivants, la fièvre persiste avec le même caractère d'exacerbation matutinale. Il y a des phénomènes abdominaux, ballonnement du ventre, vomissements; les régions hypo-gastriques et les flancs sont douloureux à la pression, le pouls est fréquent.

La malade est amenée le 5 avril à la Maison Dubois, dans le service de M. Guinard qui l'examine. La fièvre persiste, 38° 9, le pouls est petit, fréquent, l'utérus est encore un peu gros et douloureux, le col est fermé, il n'y a ni écoulement, ni fétidité, probablement parce qu'on a fait des injections intra-utérines au début. Traitement : on met de la glace sur le ventre, on fait un litre de sérum.

Le 6, le matin, la température est tombée à 37°8, les autres signes ont persisté, même traitement. Le soir 39°1.

Le 7, température 39°6, l'état général est grave, le teint est plombé, les yeux excavés, on se décide à faire une colpotomie postérieure, il sort de l'abdomen un demi-litre de bouillon sale, fétide, gros drain, glace, un litre de sérum. Le soir 39°3.

Le 8 au matin, 40°3, néanmoins l'état général est meilleur, le faciès plus reposé, on fait néanmoins un litre de sérum, le soir 38°5; il s'est écoulé du liquide par le drain.

Le 9, 36°9, 37°9, le mieux s'accroît, cependant le pouls est encore rapide. Un litre de sérum.

Le 10, 37 degrés, 37°5. Toujours même état. sérum 500 gr.

Les jours suivants, la guérison se poursuit régulièrement, le drain est enlevé le 20, au bout d'un mois, la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

OBSERVATION X (Inédite)

(Due à l'obligeance de notre collègue et ami Mora.)

Péritonite généralisée. — Colpotomie. — Mort rapide

Marthe J..., trente-trois ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Delessert le 17 août pour de violentes douleurs abdominales et des vomissements. Ces douleurs très vives au début, atténuées plus tard, débutèrent trois jours avant (cinq jours auparavant, fausse couche provoquée) et s'accompagnèrent de vomissements rapidement porracés. La constipation depuis le début des accidents était opiniâtre.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présente un facies nettement abdominal, avec nez effilé, yeux cernés, teint défait. Le ventre est contracté, très dur et douloureux à la pression. Il reste d'ailleurs immobile, ne subissant pas l'impulsion respiratoire normale. Dyspnée, extrémités froides, température 41 degrés, pouls irrégulier et inégal, bat à 140 pulsations à la minute. Toucher vaginal montrant le col entr'ouvert et mou ; les culs-de-sac sont libres. Néanmoins devant les signes péritonéaux indéniables, on se décide à faire le minimum opératoire, c'est-à-dire la colpotomie. A l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, il s'échappe environ 2 litres de pus horriblement fétide. On met trois drains, pas de lavage.

Suites opératoires. — Dans la journée l'état général reste toujours très précaire, on essaie de remonter la malade par de l'huile camphrée, du sérum, elle meurt à 10 heures du soir. L'autopsie ne put être faite.

De cette observation, nous déduisons deux faits, d'abord l'absence de tumeur dans les culs-de-sacs, ensuite le moment de l'intervention qui fut évidemment trop tardif, cinq jours après le début des accidents : la malade est morte malgré la colpotomie et non à cause de la colpotomie, tout autre traitement aurait eu le même insuccès.

2° Péritonite non diagnostiquée cliniquement

OBSERVATION XI

(Paul Guéniot. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1904, page 8.)

Péritonite puerpérale traitée par la colpotomie

La nommée H... Henriette, âgée de vingt-huit ans, foraine, est amenée à l'hôpital Necker le 20 juillet 1900. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, elle a accouché prématurément à huit mois d'un enfant mort. Elle présentait, dit-elle, pendant sa grossesse, une albuminurie intense que l'on retrouve maintenant encore. Cette femme n'a pas de métrorragies, mais elle a une fièvre intense, température 39°5.

En présence de cet état accusé d'infection, à la suite d'un accouchement qui s'est passé en dehors, je pratique dans la soirée séance tenante un curettage utérin avec une grande curette mousse et sans anesthésie. J'évacuais ainsi de nombreux débris placentaires mêlés de caillots; le curettage est suivi d'un grand lavage utérin et d'un pansement vaginal. Malgré le curettage, la fièvre baisse le lendemain, 38°7, le matin, 40 degrés le soir. Je pratique à ma visite du soir une injection intra-utérine, j'en fais de nouveau autant le jour suivant, bien que la température soit descendue à 38°8 le matin, puis à 38 degrés dans la soirée.

Dans la matinée du 23 juin, c'est-à-dire le troisième jour après le curettage, la situation se trouve aggravée et précisée par l'apparition de symptômes de péritonite. La malade a des vomissements et des hoquets; son ventre est ballonné et on constate une douleur abdominale à la pression. Température 39°2. Devant un état d'infection aussi grave, je songe comme chance suprême de salut à faire l'hystérectomie, et pensant qu'il n'y a pas de temps à perdre, je pressentis aussitôt le chef de clinique M. Paul Delbet. Celui-ci fut d'avis que, dans l'état où se trouvait cette femme, c'était lui faire courir de grands risques et qu'elle ne serait probablement pas capa-

ble de supporter une pareille opération, mais il m'engagea à essayer comme suprême tentative une colpotomie plus bénigne et qui pourrait peut-être se montrer bienfaisante dans le cas improbable où j'aurais la chance, malgré la toute récente apparition des phénomènes péritoniques, de trouver du pus déjà formé dans la cavité péritonéale. Je pratiquai donc, sans anesthésie, à cause de la gravité de l'état de la malade, une colpotomie postérieure et j'eus la surprise de voir, quand j'eus incisé le cul-de-sac vaginal, s'écouler une quantité notable de liquide louche, non encore franchement purulent, que j'évaluai à 0 l. 500 ou à 0 l. 750, je nettoyai, je plaçai un drain en croix derrière l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas avec une mèche de gaze iodoformée autour de la portion vaginale du drain.

Cette intervention fut suivie d'une amélioration manifeste, les vomissements cessèrent pour ne plus reparaitre d'ailleurs jusqu'à la fin, la fièvre diminua, la température descendit à 38°4 le soir de l'intervention, puis à 38 degrés, le lendemain 24 juin. Elle fut à 38°2 le 24 dans la soirée et 38°2 le 25 au lendemain, restant encore relativement moins élevée pendant quarante-huit heures.

Le hoquet diminua aussi dans la matinée du 25, mais le ballonnement du ventre persistait. Pendant les deux jours qui suivirent la colpotomie, je fis des lavages pour nettoyer le cul-de-sac de Douglas, j'en fis un premier le lendemain matin 24 juin, puis un autre dans la matinée du 25. Le même jour fut pratiquée une injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum artificiel. Je fis dans la soirée un nouveau lavage du Douglas. En effet, la température après être restée quarante-huit heures aux environs de 38 degrés, était remontée à 39°2 et le pouls atteignait 137 pulsations par minute, au lieu de 125 le matin. Le 26 juin, deux lavages du Douglas matin et soir. Dans ces divers lavages des jours consécutifs à la colpotomie s'écoulait une quantité notable de liquide franchement purulent et horriblement fétide, laissant aux doigts quand ceux-ci venaient à en être souillés une odeur tenace qui résistait à un lavage soigné à la brosse et au savon. Tous ces lavages intra-utérins étaient suivis séance tenante d'une injection intra-utérine. Dans la journée du 26 fut faite encore une injection de sérum artificiel, l'état de la malade devenu très grave était considéré comme désespéré, tempéra-

ture 38°6 le matin, 39°6 le soir avec 144 pulsations. Le ballonnement du ventre se mit à augmenter, enfin le 27 juin (température 38°2) le mari de la malade voulut la ramener chez elle, elle quitta donc l'hôpital malgré nos objections, et succomba en arrivant chez elle.

OBSERVATION XII

(in Léon Sourdille, *Revue de Gynécologie*, 1905, p. 877)

Infection puerpérale. — Colpotomie tardive. — Mort

Dans les premiers jours d'avril 1905, entre salle Elisa Roy, hôpital Lariboisière, une jeune femme atteinte d'infection *post-abortum* (fausse couche de trois mois environ). Son état général est mauvais, et de l'utérus s'écoule du pus fétide. La malade est curettée, et une légère amélioration s'ensuit. Quelques jours après, nouvelle aggravation, qui va en augmentant par la suite. Mais l'utérus étant drainé, on se contente de soutenir la malade par des moyens médicaux, et de nettoyer la cavité utérine par des injections intra-utérines.

La malade ne présente *aucun symptôme de collection purulente abdominale ou pelvienne* ; le 25 avril, elle est complètement épuisée et la mort paraît prochaine.

Je suis amené par hasard à la voir, et, en apôtre fervent de ma propre doctrine, je conseille à mon collègue Okynczic, interne de la salle, de lui faire une colpotomie postérieure. Après quelques instants de résistance basée sur l'intégrité *clinique* du péritoine, il y consent enfin ; grande est sa surprise en voyant s'écouler près d'un litre et demi de pus épais et fétide, dont tout le monde avait méconnu l'existence jusque là.

Malheureusement cette intervention, tentée si tard, n'empêcha pas la mort de la malade quelques jours après. Mais on peut croire qu'une incision précoce du cul-de-sac postérieur eût sauvé la malade.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Péritonite généralisée « post-abortum »
Colpotomie. — Guérison

X..., vingt-six ans.

Pas de maladie antérieure. Réglée à dix-neuf ans. Première grossesse il y a trois ans. Accouchement à terme. Pas de suites pathologiques. Depuis cette grossesse, réglée peu abondamment, mais très régulièrement. Cependant depuis cette époque, elle est assez anémiée à tel point qu'on lui conseille le séjour à la campagne.

La malade voit ses règles comme d'habitude du 9 au 15 août ; le 9 septembre, elles ne viennent pas, mais comme la malade n'a eu aucun des troubles sympathiques de sa première grossesse, elle ne se croit pas enceinte. Elle fait sur ces entrefaites à la campagne une promenade en voiture sur une route assez mal pavée et elle dit avoir ressenti à ce moment quelques douleurs dans le ventre. Elle nie absolument toute tentative d'avortement.

Le 24 septembre, elle perd assez abondamment et expulse un gros caillot qui n'a pas été examiné. Elle a eu des nausées, pas de vomissements. La nuit, elle ne dort pas.

Le 25, toujours fatiguée, la malade reste au lit, elle se sent cependant un peu mieux, pas de vomissements, constipation. Elle prend un lavement qui ne produit aucun effet.

Le 26, les pertes rouges ont diminué, elles tendent à être remplacées par un écoulement jaune fétide, faiblesse croissante ; pour la première fois vomissements.

Le 27, toujours même état de faiblesse, le soir, à la suite d'ingestion de quelques aliments légers, grandes douleurs abdominales suivies de vomissements. On va pour la première fois chercher un médecin à 11 heures du soir.

Le 28, le médecin qui n'a pu être trouvé la veille au soir vient et diagnostique une fausse couche. Il conseille le transport à l'hôpital Beaujon.

Nous voyons la malade le soir, elle a un facies nettement péritonéal, figure amaigrie, yeux profondément excavés, nez

effilé, légère dyspnée. Le ventre est ballonné et sensible ; le toucher vaginal montre un col mou et entr'ouvert, il n'y a rien dans les culs-de-sac qui ne paraissent pas douloureux. (T. XXXVIII, p. 120.) Devant ces symptômes, nous faisons porter la malade à la salle d'opération et nous pratiquons sans anesthésie un curettage, le col est entr'ouvert, il s'écoule un liquide jaunâtre puriforme, la curette ramène quelques débris noirâtres sphacelés, nous cherchons s'il n'y a pas de perforation utérine, nous touchons à la teinture d'iode et faisons un lavage utérin à l'eau iodée. Comme il n'y a rien dans les culs-de-sac, comme la malade n'a pas eu de vomissements depuis son entrée, nous nous en tenons là, 500 grammes de sérum, diète, glace sur le ventre.

29 septembre. — C'est toujours le même aspect. La température a baissé, 37°2, le pouls est meilleur, 90, mais la malade a vomi toute la nuit, on nous fait voir un vomissement qu'elle vient de rendre, c'est un liquide noirâtre, fétide à odeur fécaloïde. L'estomac paraît très dilaté. Devant la persistance de ces symptômes, nous basant sur l'existence du ballonnement du ventre, nous nous décidons à lui faire une colpotomie. La malade est portée à la salle d'opération, nous changeons la mèche iodoformée utérine qui est à peine humectée, puis saisissant la lèvre postérieure du col, nous incisons en arrière de l'utérus. Nous entrons dans un tissu très œdématié, saignant beaucoup. Le cul-de-sac n'étant certainement pas ouvert, malgré que nous soyons à une profondeur raisonnable, nous donnons quelques gouttes de chlorure d'éthyle et avec une pince courbe nous effondrons le péritoine. Un flot de liquide jaune sale, horriblement fétide (un demi-litre environ s'écoule). Nous essuyons à la compresse le liquide contenu dans le vagin, puis sans laver, nous introduisons deux gros grains longs de 15 à 20 centimètres qui vont très haut en arrière de l'utérus. Une compresse de gaze est mise dans le vagin pour maintenir les drains. La malade est reportée dans son lit et nous la faisons mettre en position de Fowler, glace sur le ventre, 500 grammes de sérum. Le soir, température 37°8, pouls 100. Les vomissements sont moins fréquents, il y a surtout des nausées. Constipation absolue. Champagne, glace.

30 septembre. — Température 37°5, pouls 90. La malade n'a plus vomi depuis la veille au soir. Une diarrhée très tenace s'est

installée. La malade demande le bassin plusieurs fois par heure. Nous faisons son pansement. Quand elle est sur la table de spéculum, nous sommes frappé par l'affaissement du ventre, qui est plat et absolument normal. Nous changeons la mèche utérine et les compresses vaginales qui sont imbibées de pus. Le soir, même état, la diarrhée persiste plus tenace. Nous ordonnons un lavement d'un litre de sérum.

1^{er} octobre. — Même état, température 37°2, pouls 90. Pansement. Les compresses vaginales sont toujours humectées. Le soir, la malade vomit du lait qu'elle avait d'ailleurs pris sans plaisir aucun. Diarrhée persistante, 500 grammes de sérum en injection sous-cutanée.

2 octobre. — La malade se sent mieux. Cependant la nuit se passe sans sommeil. Diarrhée verte tenace. On raccourcit les deux drains de 2 centimètres. Le soir, même état. La malade a absorbé dans la journée deux verres de lait et les a bien supportés. Lavement d'un litre de sérum.

3 octobre. — Le mieux continue. La malade a pris sans en être incommodée du lait et du bouillon. La diarrhée a presque complètement disparu. Pansement : on enlève le drain gauche, il s'écoule toujours du pus jaune franc.

4^o octobre. — L'amélioration continue, la diarrhée a cessé, le malade s'alimente d'une manière convenable.

6 octobre. — La guérison s'accroît, suppression de la glace.

10 octobre. — On enlève le dernier drain et on met la malade aux injections vaginales. Elle est actuellement en très bon état et en bonne voie de convalescence.

20 octobre. — Nous examinons la malade au moment de son départ. Le ventre est souple et non ballonné ; on sent l'utérus fixé en arrière par des adhérences ; le toucher est indolore et ne révèle l'existence d'aucune masse salpingée.

La colpotomie dans cette observation nous a permis d'évacuer un liquide qui n'était pas soupçonné jusqu'à ce moment ; nous l'avons faite pour nous opposer aux vomissements. Il est à noter que deux jours après l'intervention, il y a eu une diarrhée tenace qui certainement a été un signe favorable et a coïncidé avec la suppression des vomissements.

OBSERVATION XIV (Inédite)

(Due à l'amabilité de notre collègue et ami Eschbach.)

Péritonite « post-abortum ». — Colpotomie. — Guérison.

Renée E. J., 24 ans. Entrée le 26 avril 1907 dans le service de M. le Dr Boissard à l'hôpital Tenon ; a eu trois grossesses normales. Dernières règles le 12 mars. Grossesse d'un mois et demi. La malade raconte qu'elle s'est fait avorter la veille au soir, douze heures auparavant, en se donnant ou en se faisant donner une injection intra-utérine. Elle présente des signes de péritonite toxique, la faisant paraître *in extremis*. Facies plombé. Yeux excavés ; pouls filant, 10 mai, douleurs abdominales très vives. La température est cependant pas très élevée, 37°8. L'examen local montre un utérus correspondant à un utérus gravide d'un mois et demi en rétro-flexion. Le col est un peu ramolli, mais complètement fermé. L'utérus est mobile, les culs-de-sac sont libres. Le cul-de-sac postérieur semble comme œdématisé et peut-être un peu sensible, mais nulle part il n'y a de masse collectée. En somme, peu de signes locaux, signes généraux revêtant les allures d'une intoxication profonde.

Opération. — On intervient immédiatement.

1^o Dilatation du col avec des bougies de Hégar, curettage qui ramène des débris embryonnaires, écouvillonnage à la glycérine créosotée, lavage intra-utérin à l'eau oxygénée.

2^o Comme il y a des phénomènes généraux graves, il semble y avoir quelques phénomènes péritonéaux (ballonnement du ventre, douleurs abdominales). Eschbach se décide à pratiquer la colpotomie, procédé opératoire peu traumatisant paraissant le meilleur pour lutter contre l'infection pelvienne et péritonéale d'origine utérine. On ne fait pas d'anesthésie. Avant de pratiquer la colpotomie, et décidé, quoi qu'il arrive, à y recourir, il fait néanmoins une ponction exploratrice dans le Douglas avec une seringue de Pravaz qui ramène du liquide séro-purulent. Ensuite, colpotomie postérieure qui donne issue à environ 100 grammes du même liquide. Il y a donc eu dans ce cas formation rapide de pus (douze heures) et ce pus, vu la rapidité de

l'évolution, était certainement libre dans la cavité péritonéale. C'est pourquoi il est essuyé simplement avec des compresses, on ne fait pas de lavages dans le Douglas. Drainage avec deux drains en caoutchouc enveloppés de gaze.

Le lendemain matin, le facies était meilleur et le ventre moins ballonné. Le surlendemain on change le drain toujours sans faire de lavage.

Les jours suivants, la guérison se poursuit. Au huitième jour, les drains sont enlevés et quelque temps après (15 mai), la malade quitte l'hôpital en parfait état ; elle a été revue depuis en bonne santé.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Péritonite puerpérale généralisée. — Expectative. — Mort.

P... Julie, trente ans. Entrée le 31 janvier 1908, salle Sainte-Marthe à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Dr Guinard. La malade a accouché à terme le 25 décembre d'un enfant vivant.

L'accouchement a été normal, mais quelques jours après, frissons, élévation de la température, lochies fétides. On a fait en ville un curetage et des injections intra-utérines. La malade nous arrive le 21 janvier avec une température de 39°5 rectale, un pouls rapide à 120 : elle a un mauvais état général, facies de grande infectée, elle se plaint d'une faiblesse intense, le ventre est ballonné, non douloureux, il n'y a pas eu de vomissements. On sent au toucher un col mou entr'ouvert d'où on voit au spéculum sortir un liquide jaune roussâtre, très fétide ; glace sur le ventre, 500 grammes de sérum.

2 février. — Curetage qui ramène quelques débris sphacelés, et du pus. On n'appuie pas trop avec la curette qui glisse sur une paroi utérine molle, de peur de perforer l'utérus. Lavage intra-utérin à l'eau iodée. Drain métallique qui est maintenu en place par un tampon de gaze vaginal. Le soir, température 40 degrés, pouls rapide, frissons.

3 février. — Température 38 degrés, état général meilleur. On croit à une évolution favorable. Injection intra-utérine le matin, le soir injection vaginale.

5 février. — La fièvre a remonté, 39°5. Pouls de nouveau

rapide. On maintient la glace sur le ventre qui est toujours ballonné, 500 grammes de sérum. Injection intra-utérine iodée. On change le drain métallique par où se fait toujours un écoulement purulent.

7 février. — Toujours même état. La malade a eu des nausées. On continue le traitement local et de plus on fait des frictions de collargol.

10 février. — L'état général s'est aggravé. Vomissements. Par le toucher vaginal, on détermine de la douleur, mais c'est une douleur généralisée au petit bassin, surtout marquée quand on tente de mobiliser le col utérin.

Les culs-de-sac sont souples, il n'y a pas de collection dans le Douglas. Cependant, en présence de ces phénomènes, nous discutons avec M. Guinard l'utilité de pratiquer une colpotomie. Devant l'absence de signes de localisation de l'infection, cette opération est rejetée et nous nous contentons de maintenir le traitement local, injections utérines, glace sur le ventre et de soutenir par des injections de sérum et l'administration de toniques les forces de la malade. On fait en plus une injection de nucléinate de soude.

Les jours suivants, l'état général devient de plus en plus précaire. La malade s'affaiblit de jour en jour. A aucun moment on ne sent de collection dans le Douglas. La malade succombe le 13 février aux progrès de l'affection.

L'autopsie faite le lendemain montre un petit bassin rempli de pus, l'utérus est petit sans lésions macroscopiques. On n'a pas fait d'examen microscopique, ni l'examen bactériologique de l'écoulement. Il n'y a pas de phlébite appréciable des veines utérines.

Il est très probable que si on avait à temps fait une colpotomie à cette malade, on aurait drainé le pus et on l'aurait mise dans de meilleures conditions pour résister à son infection. L'hystérectomie n'était nullement indiquée. C'est l'absence de lésions du Douglas qui nous a empêché d'intervenir. C'est donc un signe trompeur dont il ne faudra pas tenir un compte absolu.

3° Perforation utérine

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Weiss, de Nancy. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1906, p. 393.)

*Manœuvres abortives. — Perforation de l'utérus
Laparotomie. — Drainage abdomino-vaginal. — Guérison*

Femme enceinte de trois mois. Tentative d'avortement avec une sonde de Doléris qu'on introduit avec violence dans les voies génitales, et où on pousse une injection de liqueur de Van Swieten. Douleurs atroces, syncope, un médecin appelé conseille de la glace sur le ventre et de l'opium. Le lendemain, ventre douloureux, ballonné, vomissements, fièvre, pouls rapide. Le surlendemain, aggravation des symptômes, on appelle M. Weiss qui diagnostique une péritonite généralisée. Ventre météorisé douloureux, pouls petit 110, facies grippé, vomissements verdâtres, il conseille la laparotomie.

Laparotomie médiane, rougeur de tout le péritoine pelvien qui renferme un litre de sérosité trouble dans laquelle nagent les anses intestinales. Il n'y a pas trace de fausses membranes. La péritonite n'est pas généralisée, mais elle est en train de le devenir. On trouve une petite plaie siégeant à 4 centimètres environ au-dessus du cul-de-sac de Douglas, c'est donc le cul-de-sac postérieur du vagin qui a été percé par l'instrument et l'injection de liqueur de Van Swieten a été faite dans le Douglas lui-même. M. Weiss craignant la fausse couche consécutive et probable discute un moment s'il doit ou non conserver l'utérus. Il se décide à faire un large drainage abdomino-vaginal, colpotomie, on place un gros tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée, durée de l'opération dix minutes. Un litre de sérum. Le lendemain, amélioration légère. Dans la nuit fausse couche qui fut suivie de l'exacerbation des symptômes péritonéaux. Pouls 140, température élevé, ventre ballonné. Etat grave pendant trois ou quatre jours. On fait des injections de sérum, application de glace sur le ventre pendant quinze jours encore, fièvre et vomissements. Puis tout rentre dans

l'ordre. Il conclut qu'après des manœuvres abortives semblables, il y aurait intérêt sans attendre les accidents péritonéaux à rechercher la plaie vaginale, à drainer d'emblée le cul-de-sac de Douglas, de façon à évacuer l'injection qui y aurait été poussée.

Cette observation n'est pas une observation d'infection puerpérale à proprement parler, elle montre cependant que dans les cas de péritonite à point de départ utérin ou péri-utérin, on a intérêt à ouvrir le Douglas pour déterminer l'écoulement des liquides septiques.

OBSERVATION XVII

(M. Devèze. — *Montpellier médical*, 1907, t. II, p. 19.)

Perforation de l'utérus puerpéral et pelvi-péritonite. — Drainage de l'utérus et du paramètre par l'orifice de rupture. — Colpotomie. — Guérison.

Zoé P..., trente-trois ans, entrant au pavillon des infectées le 1^{er} décembre 1905, pour des accidents puerpéraux consécutifs à un avortement.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à quinze ans, menstruation à treize ans, la femme s'est mariée à vingt-six ans. Sept mois après, sans raison apparente, survenait un avortement de trois mois. Nous ne relevons aucune trace de spécificité.

Le médecin appelé déclara que l'œuf avait été expulsé en entier, après dix jours de séjour au lit, sans phénomène fébrile, la femme pouvait reprendre ses occupations. Un an et demi après cet avortement, accouchement à terme tout fait normal, suite de couches apyrétiques. Trois ans après, nouvel accouchement normal. Les règles ne réapparaissent qu'au bout de dix mois à la fin du mois de juin 1905.

Le mois suivant elles font défaut. A la fin du mois d'août se montrent de petites pertes rouges qui durent sept, huit jours. En septembre et octobre, pas d'époque cataméniale. Le 5 novembre, vers quatre mois d'une grossesse, la femme ressent des douleurs de ventre qui persistent toute la journée. A 10 heures du soir, les douleurs deviennent plus violentes et alors nous dit

la malade « une sorte de boule se montre au passage ». Le médecin appelé déclara qu'il s'agissait d'un avortement et sans pratiquer de toucher, se contenta de prescrire une injection vaginale. Le lendemain soir, le médecin examina mieux sa cliente et ramena un embryon qui était probablement resté dans le vagin. Le lendemain, au matin, le médecin revoit sa malade, constate une élévation de température et des lochies fétides. Il examine à nouveau la femme et ramène avec la main des débris placentaires, qui « sentaient très mauvais ». Il complète ce curage digital par une injection à l'aide d'un « instrument ressemblant à de grands ciseaux et qui craquaient ». Il est probable qu'il s'agissait d'un dilateur laveur de Reverdin. L'introduction de l'instrument dans l'utérus ne provoqua aucune douleur ni aucune hémorragie.

Le soir, le médecin revint donner une injection avec « le même outil », cette injection à l'iode fut très douloureuse. Le lendemain, nouvelle injection simplement vaginale, application d'ovules, cataplasme laudanisé sur l'abdomen. Onctions mercurielles qui provoquent un peu de stomatite. C'est alors qu'apparaissent des douleurs sourdes dans le bas-ventre, des nausées sans vomissements. En présence de cet état, le médecin conseille le transport de la malade à la Maternité.

Au moment où nous voyons la malade le 28 novembre 1905, à 4 heures du soir, nous lui trouvons un teint plombé, des traits tirés, des yeux excavés dans l'orbite, un facies très amaigri et une langue sèche. Sa température atteint seulement 38,8, le pouls faible bat à 100, lochies horriblement fétides. On décide de pratiquer un curettage séance tenante. On introduit d'abord un doigt dans l'utérus pour explorer la cavité utérine, mais avant d'arriver dans l'intérieur de l'organe, le doigt est arrêté à 1 centimètre au-dessus de l'insertion vaginale par un orifice situé sur la partie antéro-latérale droite de l'utérus et atteignant les dimensions de une pièce de 1 franc. Cette ouverture permettait au doigt de se promener librement dans la cavité péritonéale. Le doigt retiré ramenait des portions de tissu sphacélé, mais nous nous sommes demandé s'il n'existait pas une fistule vésico-utérine et un cathétérisme vésical vint dissiper nos craintes. Un curettage suivi d'un écouvillonnage et d'une cautérisation iodée débarrassa la cavité utérine de débris placentaires horriblement fétides.

28 novembre. — Température 38,6, Pouls 104. Comme l'utérus est en rétroversion très marquée et que cette position assure mal le drainage de la cavité utérine, M. Guérin-Valmale alors chargé du service de la Maternité nous pria d'introduire un tube dans l'utérus et un tube dans le péritoine pelvien à travers la perforation. Irrigations abondantes à l'eau oxygénée dédoublée. La température depuis le 27 novembre jusqu'au 5 décembre oscille entre 38 degrés à 38,5, M. Guérin-Valmale, en présence de cette température persistante, pensa à un drainage insuffisant de la suppuration pelvienne par la perforation et nous chargea de pratiquer dans la soirée l'incision de cul-de-sac postérieur. Cette colpotomie donna simplement issue à la sérosité sanguinolente. Lavage du Douglas au Reverdin, à partir de ce moment, la cavité pelvienne largement drainée se détergeant, les tubes de caoutchouc furent enlevés le 10 décembre. Peu à peu l'état général redevenait meilleur, la malade reprenait des forces et quittait la Maternité le 8 janvier complètement guérie.

L'hystéromètre ne trouvait plus alors aucune trace de perforation. La femme revue au mois de juin suivant était en état de parfaite santé.

4° Pelvi-péritonite

OBSERVATION XVIII

(Nélaton. — *In Synéphas*, thèse de Paris, 1894)

H..., Antoinette, dix-neuf ans.

Entre le 16 novembre, salle Richard Wallace, lit n° 7.

Cette fille entre dans le service trois semaines après un avortement fait à trois mois environ. Son état général est grave. Température entre 38°5 et 39°5, facies abdominal, ventre extrêmement douloureux. Au palper bi-manuel, on trouve une tuméfaction inflammatoire qui entoure et immobilise complètement l'utérus. L'intervention est décidée et exécutée le 21 novembre.

On commence l'hystérectomie vaginale qui n'est point terminée en raison de la friabilité de l'utérus ; mais avec le doigt introduit derrière et au-dessus de l'utérus, on ouvre toutes les poches qui entourent ; elles donnent issue à une quantité abondante de pus.

La malade se rétablit rapidement ; dès le lendemain de l'intervention, la fièvre disparut, mais la malade accusa pendant deux ou trois mois encore des douleurs dans le flanc gauche.

Revue le 10 août 1894, son état général est excellent, elle ne ressent aucune douleur. Les règles sont normales et sans douleurs, mais au palper bi-manuel on sent une tuméfaction de la trompe gauche, du volume d'une mandarine. Revue au commencement d'octobre 1894, la jeune femme est aussi bien que possible et on ne retrouve plus de tuméfaction de la trompe gauche. Nous revoyons la femme en pleine période menstruelle ; les règles ont toujours été régulières depuis l'opération ; elles ne sont précédées ni suivies d'aucune douleur. Etat très satisfaisant, on trouve à peine des traces d'affections anciennes.

Nous citons cette observation pour montrer qu'en présence d'un état général grave coexistant avec un abcès pelvien, il faut se borner à évacuer le pus sans enlever l'utérus.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(Jean Roger. — Thèse de Paris, 1900)

Interventions opératoires et choix de l'intervention dans les suppurations pelviennes

M. S..., vingt ans, entrée à Necker le 15 juillet 1895.

Accouchement à terme une semaine avant ; trois jours après très vives douleurs dans le bas ventre, fièvre, vomissements. Température à son entrée 39°4, état général très grave.

Examen. — Utérus perdu dans une gangue inflammatoire très douloureuse. Une curette introduite dans l'utérus ramène des restes de membranes puriformes. Pas de curettage, mais grand lavage intra-utérin avec 20 litres d'eau bouillie ; temponnement de la cavité.

16 juillet. — Nouveau lavage ; drain utérin, température 37°4.

19 juillet. — Température 40 degrés, le soir lavage, le lendemain 38°4.

21 juillet. — Température 40°6. Lavage. Jusqu'au 18 la température oscille entre 37 et 39 degrés. A ce moment la gangue inflammatoire a disparu ; à gauche est une induration du cul-de-sac latéral qui gagne peu à peu en haut et d'arrière en avant. Au-dessus de l'arcade de Fallope est une tuméfaction qui progresse ; état général toujours très précaire.

16 août. — Incision du cul-de-sac postérieur ; on passe avant d'arriver sur la collection contenue dans le ligament large à travers le cul-de-sac de Douglas libre. Drainage à la gaze iodée formée avec de gros drains.

12 août. — La température ne dépasse pas 38 degrés, mais l'état général est toujours mauvais : vomissements verdâtres, pouls rapide ; ballonnement du ventre.

Injections de sérum qui relèvent l'état général, mais temporairement.

18 août. — Incision du cul-de-sac antérieur demi-circulaire sur le col utérin, décollement de la vessie ; à peine l'opération a-t-elle commencé qu'un flot de pus venant du périmétrium fait issue par cette incision, alors que les drains placés

en arrière donnaient à peine du pus. Grand lavage, deux gros drains.

La température descend en deux jours à 36°7, mais il persiste du subictère et du subdélire.

27 août. — Amendement notable.

31 août. — Sortie de la malade qui est encore faible.

Dans cette observation on n'a pas craint, pour ouvrir le ligament large, de passer à-travers le cul-de-sac postérieur libre de toute adhérence ; cette incision n'a pas suffi, on a dû ouvrir le cul-de-sac antérieur et le succès a couronné cette thérapeutique.

OBSERVATION XX

(Thèse de Mouchotte Paris, 1903. — *Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum.*)

Avortement gémellaire provoqué par des manœuvres septiques. — Curettage. — Pelvi-péritonite. — Colpotomie. — Laparotomie. — Mort.

L. B..., vingt-sept ans, domestique, entre à l'hôpital Beaujon le 2 juin 1901.

Réglée à dix-neuf ans. Première grossesse normale en 1898. Deuxième grossesse se termine par la fausse couche actuelle : dernières règles le 14 mars.

Au début de mai cette femme souffrant du ventre, ayant beaucoup de pertes blanches, vient à la consultation ; l'utérus est gravide ; on conseille des injections au permanganate de potasse. Des pertes de sang survenues en fin de mai nécessitent l'entrée de la femme à l'hôpital : dans la nuit elle expulse un œuf complet.

Voici ce qu'on peut retenir du récit qu'elle nous fait : le 25 mai subitement, sans cause, elle a une perte d'eau rousse qui continue les jours suivants ; le 30 mai le liquide qui s'écoule est constitué par du sang pur ; le 31 mai se manifestent de fortes coliques utérines et de gros caillots sont expulsés ; le 11 juin la femme a des vomissements ; les pertes de sang persistent :

elle est admise à l'hôpital; dans la nuit du 2 au 3 juin elle expulse un œuf complet.

3 juin. — Les pertes sanguines ont cessé. Température : 38 degrés, injection utérine au permanganate.

Ajoutant foi au récit de la femme, autorisés à croire en présence d'un œuf intact qu'il s'agissait d'un avortement spontané plutôt que provoqué, avortement spontané peut-être en rapport avec une endométrite dont les abondantes pertes blanches antérieures pouvaient être symptomatiques, nous n'avons recours qu'à la modeste thérapeutique des injections utérines, les jours où la température atteint et dépasse 38 degrés c'est-à-dire le 5 juin (température soir 38°1, et le 7 juin température matin 38°3). Mais le 7 juin au soir les lochies sont fétides, purulentes. La zone utérine est douloureuse à la pression abdominale et la nuit éclate un frisson; la température est alors 39° 8 le lendemain 8 juin température axillaire 37° 9; pouls 116, nous pratiquons le curettage, l'utérus qui ne permettait qu'avec peine l'introduction de la sonde utérine de Doléris est dilaté avec le dilateur à trois branches. Du pus s'écoule en abondance: injection utérine au permanganate, puis curettage à la curette mousse qui ramène des débris fétides, purulents et quelques fausses membranes.

Injection intra-utérine au permanganate et écouvillonnage à la teinture d'iode, mèche de gaze intra-utérine; pendant les premières heures mèches vaginales.

Température soir 39°; pouls 128 ablation des mèches de gaze, injection utérine au permanganate, drain utérin en caoutchouc, mèches vaginales de gaze stérilisée.

Nuit: sensation de chaleur.

9 juin. — 39 degrés, pouls 112, injections utérines matin et soir, mèche vaginale, température soir 38° 2; pouls 120.

10 juin. — Température matin 39, degrés, pouls 128, température soir 39°8, pouls 136.

Ce jour on apprend grâce aux aveux de la femme intimidée par sa patronne qui a trouvé à la maison un fœtus de deux mois que les choses se sont passées tout autrement qu'il n'a été dit: le 25 mai la perte subite d'eau rousse est survenue immédiatement après une injection utérine que la femme s'est faite elle-même avec une canule non bouillie ayant servi à donner des lavements. Le 31 mai, la femme a expulsé après de violentes coliques utérines un premier fœtus; les métrorragies conti-

nuaient, elle entraînait enfin à l'hôpital : il s'agissait d'un avortement gémellaire fait en deux temps, avortement provoqué par des manœuvres septiques.

11 juin. — Température matin 39° 8, pouls 132. Pus utérin fétide remplissait toute la lumière du drain. Injection utérine à l'eau oxygénée, température soir 38° 8, pouls 132. Injection utérine à la teinture d'iode. Sérum 1.000 grammes.

12 juin. — Température matin et soir 39° 2, pouls 132-136, Même traitement.

13 juin. — Température matin 38° 6, température soir 40 degrés, pouls 136. Même traitement.

14 juin. — Température matin 37° 6, pouls 112 ; Température soir 40, pouls 132, météorisme, constipation, lavements ; même traitement, sérum 1.000 grammes. La nuit vomissements verts.

15 juin. — Vomissement vert teinté légèrement de jaune ; langue un peu sèche. Météorisme plus accentué. La pression de l'abdomen est douloureuse en tous points, mais la douleur provoquée est plus forte dans les zones annexielles surtout à droite. Dyspnée ; léger battement des ailes du nez, 39 respirations par minute, température matin 38° 2, pouls 116. Lavages utérins, pus fluide, température soir 39 degrés, pouls 132. Au toucher on constate que l'utérus est anteversé ; il est complètement refoulé derrière la symphyse et rejeté à droite par une masse irrégulière, mi-indurée, mi-molle, qui occupe le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac gauche, le col utérin est béant. Injection utérine à l'eau oxygénée, drainage utérin, glace sur le ventre. Pendant la nuit on fait des lavages utérins et des lavages rectaux à l'eau bouillie chaude. Sérum 1.000 grammes.

16 juin. — Température matin 39 degrés, pouls 112. La langue est toujours sèche, vomissements verts, douleurs spontanées dans les côtés du ventre. La tuméfaction du cul-de-sac postérieur est fluctuante. Sur le conseil de notre maître, M. Bazy, nous faisons immédiatement une colpotomie sans anesthésie ; il s'écoule beaucoup de pus fluide. Lavage à l'eau bouillie, drainage, sérum 1000 grammes. Température soir 38° 8, pouls 128. Constipation, insomnie, vomissements verts persistants.

17 juin. — Température matin 37° 7, pouls 118. Température soir, 38° 1, pouls 124. Pansement de la colpotomie.

18 juin. — Température 37°3, pouls 108. Température soir 37°5, pouls 116. Pansement vaginal, langue humide ; météorisme diminué, amélioration passagère.

19 juin. — La langue se sèche, les ailes du nez sont animées de battements. Il y a de la dyspnée ; râles de congestion à la base des poumons. Température matin 37°5, pouls 112 ; température soir 38°1, pouls 116. Pansement vaginal, lavage, sérum 500 grammes.

20 juin. — Température matin 37°5, pouls 130, dyspnée. 40 respirations par minute, léger épanchement pleural droit, réapparition des vomissements verts, apparition de la diarrhée. Le météorisme s'accroît. Langue moins sèche. La femme dit se trouver un peu mieux. Lavage vaginal à l'eau oxygénée et par le drain de la colpotomie. Sérum 100 grammes. Ventouses. Température soir 38°3, pouls 120.

21 juin. — Température matin 38°3, pouls 116. Diarrhée continue très fluide ; les vomissements ont cessé. La femme divague un peu ; submatité à la percussion dans les flancs. Par l'incision vaginale, il s'écoule toujours du pus. Urines foncées très légèrement albumineuses. Sérum 1000 grammes. Température soir 39°1, pouls 132.

22 juin. — Température matin 38°1, pouls 112. Langue sèche, diminution du météorisme : véritable flux diarrhéique continu, matité dans les flancs. Température soir 38°4, pouls 120.

23 juin. — Température matin 38°8, pouls 120, langue très sèche, fuligineuse, soif vive, grande faiblesse. La femme ne sent plus son mal ; nausées, pas de vomissements, pas de hoquet, diarrhée persiste. Le météorisme reparait. Matité et clapotement dans les flancs ; une ponction exploratrice faite dans le flanc droit ramène du pus. On fait 500 grammes de sérum puis une laparotomie médiane, chloroforme. A l'incision du péritoine s'écoule du pus.

Des anses intestinales sont réunies lâchement par des fausses membranes jaunâtres. Lorsqu'on détruit ces adhérences on tombe dans des clapiers purulents ; l'intestin adhère au fond de l'utérus. Lavage modéré au sérum chaud. Deux gros drains sont placés derrière l'utérus, deux autres sont placés dans les flancs, on ne referme l'incision qu'aux deux extrémités avec quelques crins ; pansement. Durée huit minutes. Ether, oxygène,

champagne, café noir, sérum 500 grammes. — Six heures 500 grammes. Sérum, éther, oxygène. Neuf heures, 500 grammes sérum, éther, oxygène, café noir, température 38°8, pouls 124.

24 juin. — Température 39°2, pouls 130, état général mauvais, on fait de l'aspiration dans les drains abdominaux et on retire ainsi beaucoup de pus. Sérum, etc.

Température soir 38°4, pouls 136, très faible, délire, agitation légère; vive dyspnée, tirage. On pense à faire une pleurotomie, mais on juge l'état général de la malade trop grave.

Le 29, température matin 39°4, pouls 120, délire, incontinence des urines et des fèces, pansement très sale, aspiration, pus épais, noirâtre. Midi, vive agitation; bouche et langue fuligineuses, sérum. Température soir 39°7, pouls 128, irrégulier, incomptable, filiforme; 6 heures coma, mort à 10 heures du soir.

Une heure après la mort, hystérectomie vaginale. examen macroscopique de l'utérus : surface extérieure recouverte d'exsudats membraniformes; hauteur 12 centimètres, cavité utérine recouverte sur toute son étendue d'un magma noirâtre fétide.

Autopsie du petit bassin, 35 heures après: pus dans le petit bassin et la cavité abdominale, entre les anses intestinales dilatées, vascularisées, dépolies.

Examen bactériologique. — Staphylocoque doré blanc, gros cocci, B. perfringens.

La colpotomie n'a pas donné dans ce cas les résultats espérés, peut-être a-t-on attendu un peu longtemps pour la faire; on ne s'est décidé qu'en présence des signes de collection du Douglas, alors qu'il y avait depuis quelques jours des signes péritonéaux; les lavages répétés par le drain n'ont-ils pas contribué aussi à entretenir et à propager l'infection?

OBSERVATION XXI

(Dolérís. — *In Gynécologie*, 1906, p. 23)

Pelvi-péritonite. — *Colpotomie postérieure.* — *Colpotomie antérieure.* — *Guérison un mois après.*

La nommée X..., vingt-neuf ans, a eu quatre enfants, dont trois vivants, rien de particulier pendant les grossesses et les accouchements à terme.

8 mars 1899. — Accouchement naturel, enfant vivant.

Le 10 mars, c'est-à-dire deux jours après l'accouchement, fièvre avec gros frissons ; l'examen des urines relève une grande quantité d'albumine.

11 mars. — Accès éclamptique unique ; la fièvre et les frissons continuent ; vomissements verdâtres, douleurs vives et tension dans la région inguinale gauche.

22 mars. — Evacuation par le vagin de liquide puriforme abondant, sensation de mieux après l'évacuation ; la région iliaque gauche paraît dégagée. Diarrhée fétide. L'albumine est encore en quantité considérable dans l'urine.

L'état général périliclitant et les douleurs persistant, la malade est amenée le 1^{er} avril dans le service avec une température de 39°2. Elle est mise au repos avec de la glace sur l'abdomen ; il s'agit d'une affection localisée dans le bassin, on juge le curettage contre-indiqué.

3 avril. — La fièvre qui était encore hier au soir de 38°4 est ce matin à 37°8. Examen sous chloroforme, l'utérus est médian et couché horizontalement dans le Douglas en légère rétroversion. Il mesure 9 centimètres. Au fond et à gauche tumeur du volume d'une pomme d'api, paraissant bien limitée, à situation élevée, dépassant l'aire pelvienne sans exsudat ni adhérences circumvoisines, dure et nummulaire sans rénitence ni fluctuation évidente. La tumeur fait saillie dans la paroi abdominale, sans lui adhérer et paraît implantée sur la face antéro-latérale gauche de l'utérus. Cette tuméfaction paraît appartenir légitimement aux annexes gauches enflammées dans les premiers jours du *post-partum*, alors que l'utérus accomplissait son involution et était situé dans l'abdomen, ce qui explique d'ailleurs la situation relativement élevée de la tumeur. A droite masse volumineuse empatée occupant toute la partie droite du Douglas sans grande participation apparente du paramétrium ; salpingo-ovarite suppurée ; pas de plastron abdominal ; pas d'exsudat dans la région iliaque ; cette annexite droite paraît postérieure comme début à l'annexite gauche, à cause de la situation basse de la tumeur. Les urines épaisses ont été jugées purulentes, il y a probablement fistule venant de la poche du côté droit. Le fond du vagin est rouge écarlate, la muqueuse est tomenteuse ; pas trace de fistule.

Opération. — Le col est saisi sur la lèvre postérieure et

relevé par une forte pince à griffes ; sous les mors de la pince, en arrière des tissus ouverts par la pénétration des griffes, on voit s'écouler du pus épais, jaune. Incision du cul-de-sac postérieur très prolongée surtout vers la région droite ; on déchire les tissus avec le doigt, en se dirigeant vers l'abcès. Dans ce premier temps une cavité suppurante, du volume d'une grosse amande, a été ouverte, elle siègeait dans l'épaisseur même du parametrium, dans la région correspondant à la muqueuse de la portion vaginale du col. A 5 ou 6 centimètres au-dessus, le doigt ouvre une autre cavité renfermant 100 grammes de matière purulente. Il semblait donc qu'il y eût indépendance entre les deux foyers, on élargit autant que possible le trou qui met ces deux cavités en communication et on lave avec une solution phéniquée. Quant à la tumeur du côté gauche, il paraît dangereux de l'aborder par le vagin, étant donné et son isolement dans le péritoine qui la rend très opérable par l'abdomen, et le peu de surface d'ailleurs très éloignée qu'elle présente du côté du vagin. De plus l'absence de signes actuels de suppuration fait qu'elle est abandonnée pour une opération ultérieure.

4 avril. — Etat général bon : pouls 96, température 37 degrés et 37°8. Quelques vomissements alimentaires.

Les urines paraissent contenir un peu de sang et du pus en abondance, ce qui confirme l'hypothèse, d'une fistulisation antérieure de l'abcès dans la cavité vésicale.

8 avril. — Pansement, il s'écoule encore une quantité de pus de l'incision du cul-de-sac ; à la partie antéro-supérieure du col il existe quatre ou cinq petits orifices donnant ouverture à des trajets fistuleux superficiels de quelques millimètres. Drain double.

15 avril. — Instillation vésicale au nitrate d'argent 1 pour 50, qu'on continue tous les jours. Les dernières gouttes d'urine sont purulentes.

17 avril. — On change le drain double et on met un drain unique assez gros.

18 avril. — Même état, les jours suivants, la malade conserve de la fièvre ; une tuméfaction de plus en plus nette se dessine à gauche. La tumeur qui s'empâte semble avoir sextuplé de volume. Sa limite supérieure effleure presque la région

ombilicale ; son extrémité inférieure est éloignée du cul-de-sac vaginal.

25 avril. — Examen sous chloroforme ; l'exploration du premier foyer précédemment opéré montre un gâteau d'adhérences aplaties à droite. Dans le Douglas il reste un petit trajet de 2 centimètres environ émettant un peu de pus ; l'utérus, dont la cavité mesure 8 centimètres, est couché obliquement vers la droite attiré par les adhérences. La tumeur abdominale de gauche forme une masse du volume d'une grosse orange aplatie commençant à fusionner avec la paroi péritonéale à sa base c'est-à-dire dans le cul-de-sac vésico-utérin, repoussant la vessie à droite.

Opération. — Incision cernant la base du col en avant dans le cul-de-sac antérieur et se prolongeant sur tout le cul-de-sac latéral gauche, séparation digitale de la vessie sur une étendue de 7 à 8 centimètres en hauteur jusqu'à la tumeur dont les parois sont très épaisses et dures. Recherche d'un point sans battements, pénétration prudente dans la tumeur à l'aide de ciseaux qui sont retirés ouverts de façon à agrandir la brèche. Il s'écoule immédiatement deux verres environ de pus épais jaune sans odeur, strié de sang ; lavage, drainage au moyen de deux larges drains, pansement à la gaze iodoformée.

Le 27, la veille élévation de température, 38°4 la malade tousse un peu et aurait rendu un crachat mélangé de sang, point de côté à droite : à l'auscultation quelques râles sous-crépitaux avec frottement au niveau des huitièmes et neuvièmes espaces intercostaux droits sur la ligne axillaire. Pansement et lavage de la cavité ; le pus s'écoule encore assez abondant.

Le 28, la malade se sent beaucoup mieux ce matin ; la fièvre est tombée.

De ce jour la guérison s'effectue régulièrement et toutes lésions pelviennes ont disparu au bout de trois semaines. La guérison s'est maintenue ainsi que des examens successifs ont permis de le constater ultérieurement.

De l'observation qui précède il ne faut retenir qu'une conclusion : la nécessité de pousser jusqu'au bout des indurations sages et prudentes fournies par l'évolution et le siège des lésions dans le bassin.

OBSERVATION XXII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Guinard.)

Pelvi-péritonite post-partum. — Colpotomie. — Guérison

Désirée D..., trente-deux ans, infirmière.

La malade a accouché il y a un mois à terme ; tout s'est passé régulièrement.

Quelques jours après, élévation de température qui oscille entre 38 et 39 degrés, il y a eu des douleurs abdominales avec ballonnement du ventre et vomissements. Frissons violents plus fréquents depuis quelque temps. Elle entre à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, dans le service de M. Guinard le 17 novembre 1899.

On constate ce jour un ventre tendu, douloureux surtout dans ses parties inférieures. Il y a eu des vomissements ce matin. Température 39 degrés, pouls rapide mais régulier.

Le toucher montre le cul-dé-sac de Douglas plein, dur, douloureux.

Colpotomie postérieure. Issue d'un verre à bordeaux de pus épais non fétide, lavage drain en T gaze.

Guérison remarquable. La malade sort le 2 décembre.

5° Infection puerpérale, sans atteinte péritonéale

OBSERVATION XXIII

(M. Léon Sourdille. — *Revue de Gynécologie*, 1905, p. 881.)

*Infection puerpérale. — Perforation utérine. — Colpotomie.
Guérison*

G... Jeanne, âgée de vingt ans, couturière. Primipare. Elle a été réglée à douze ans et demi. Pas de fausses couches antérieures. Une sage-femme l'a accouchée d'un enfant normal à terme. La malade a eu de la fièvre quatre jours après l'accouchement ; un médecin prévenu vient la voir et lui fait des injections intra-utérines ; au bout de trois à quatre jours, trouvant la malade mieux, il laisse à la sage-femme le soin de continuer les injections intra-utérines. Le dixième jour, la malade est prise d'une forte hémorragie nasale, qui nécessite une injection hypodermique, probablement d'ergotine, par un médecin. D'ailleurs, le soir l'épistaxis reparaît et nécessite un tamponnement postérieur des fosses nasales. La malade se trouve plus fatiguée les jours suivants ; les lochies sont purulentes et fétides ; la malade se plaint quelques jours du bas-ventre ; cette douleur disparaît bientôt. Sur ces entrefaites, il se déclare un foyer de broncho-pneumonie dans le lobe moyen du poumon droit. Enfin, le vingtième jour *post-partum*, la malade est tellement mal que le médecin ne veut plus garder la responsabilité et la décide à entrer à l'hôpital.

Celle-ci entre donc à Lariboisière le 28 novembre 1904, où elle est admise salle Denonvilliers, lit n° 2. Elle est dans un état général des plus graves. La faiblesse est extrême, le pouls est à 180, presque incomptable, très petit ; la température est de 38°5. Le ventre est plat, indolore. La malade n'a pas de vomissements, va à la selle, mais urine peu. Un écartement considérable existe entre deux muscles droits ; malgré cette éviscération il est impossible, par le palper, de percevoir l'utérus. C'est bien un utérus « chiffon ».

Au toucher, les culs-de-sacs sont souples, nullement empâtés ; le col est perméable. Au spéculum, on voit un liquide

séro-purulent sortir de l'utérus. Mon collègue, M. David, interne de la salle, se met en devoir de pratiquer un curettage. L'hystéromètre introduit indique 14 centimètres. Les premiers coups de curette retirent des faces antérieure et postérieure de l'utérus quelques rares débris de caduque. La corne droite est curettée également. En arrivant sur la corne gauche, la curette disparaît du premier coup à travers une perforation large où elle se meut facilement. L'opérateur ne sait que penser ; tout en restant très prudent, il se demande si ce n'est pas l'isthme utérin qu'il a pris pour le fond, et il introduit doucement la sonde intra-utérine, beaucoup plus longue que les curettes. Mais celle-ci disparaît entièrement ; le doute n'est donc plus possible. Le curettage est immédiatement suspendu. Un drain est introduit dans l'utérus, le vagin tamponné. La malade est reportée dans son lit, et on lui applique en permanence de la glace sur le ventre. Le soir l'état de la malade n'a pas changé. Le lendemain matin, température 39°2. Le ventre est toujours indolore. Le pouls se maintient à 180. L'analyse des urines y décèle une notable quantité d'albumine. Le soir, température 38°6. Aucun autre changement. La malade est de plus en plus faible et répond à peine aux questions qu'on lui pose. On prescrit 1 litre de sérum artificiel.

Le 30 novembre, l'état de la malade est désespéré : le ventre est toujours indolore et souple, les culs-de-sac sont libres, mais la température dépasse 40 degrés, et le pouls est à 175, à peine comptable. Mon collègue, sachant que les cas d'infection puerpérale m'intéressent, m'offre aimablement de laisser la malade à mes soins. Vu son état, une hystérectomie n'offre aucune chance de succès, la malade paraissant devoir succomber à brève échéance. C'est alors que je demande à mes chefs, MM. Peyrot et Souligoux, l'autorisation de pratiquer une colpotomie postérieure, bien qu'il n'existe aucune réaction péritonéale. La colpotomie est pratiquée aussitôt par mon collègue, M. David, sans anesthésie. La prise du col par les pinces est très pénible, les tissus très friables se déchirant à la moindre traction. Comme nous l'avions prévu, il ne s'écoule absolument aucun liquide à l'incision du cul-de-sac postérieur. Le doigt de l'opérateur trouve seulement quelques adhérences rétro-utérines qu'il rompt. Un drain est introduit. Le drain utérin est également changé. Le vagin est tamponné. Je prescris immédiate-

ment une nouvelle injection de sérum de 1.000 grammes. On y ajoute 1 gramme de caféine. La glace sur le ventre est continuée. Une injection de morphine et une potion à l'alcool et à l'acétate d'ammoniaque complètent le traitement.

L'état de la malade était si désespéré que je n'avais aucune confiance dans l'opération qui venait d'être pratiquée, et je pensais intérieurement que ce cas allait charger bien mal à propos ma petite statistique personnelle.

Aussi, quelle ne fut pas ma surprise le soir de la trouver non seulement vivante, mais mieux que le matin ; la température s'est abaissée à 39°2 ; mais surtout le pouls est meilleur, mieux frappé, et bat à 150. En écartant les grandes lèvres, je me rends compte que les compresses sont très légèrement imbibées d'un liquide sans odeur, limpide, tachant un peu les linges, mais non purulent. J'ordonne une nouvelle injection de sérum (500 grammes), et toutes les trois heures une injection hypodermique contenant 10 centigrammes de caféine et un demi-centigramme de morphine pour la nuit.

1^{er} décembre. — La température est de nouveau à 40 degrés, et mes craintes redoublent à cette vue ; mais le pouls est de plus en plus fort et s'est abaissé à 145. Les compresses vaginales sont maintenant franchement mouillées par un liquide de même nature que la veille. Je prescris le même traitement que le jour précédent, et recommande à la malade de boire le plus qu'elle pourra. Le soir même la température s'est abaissée de plus d'un degré et demi (38°4). Trouvant la malade beaucoup moins fatiguée, répondant bien maintenant, je renouvelle le pansement. Le tamponnement vaginal étant enlevé, je constate nettement, comme je le prévoyais, que le drain du cul-de-sac postérieur contient un liquide séreux, tachant légèrement les compresses sans trace de pus, tandis que le drain utérin donne issue à un liquide franchement purulent. Le ventre est toujours souple, plat, indolore. Le 2, l'état de la malade est le même : après ma contre-visite, pendant un effort pour se mettre sur le bassin, la malade expulse à la fois les tampons vaginaux et les deux drains. Aussi le lendemain matin la température est-elle remontée à 39°2, et le pouls à 160. Je rétablis immédiatement le double drainage, et la température s'abaisse de nouveau aux environs de 38 degrés. Elle s'y maintient pendant trois jours, s'améliorant toutefois de plus en plus, lors-

que, dans la soirée du 7 décembre, la malade se sent plus mouillée que d'ordinaire, et sa garniture doit être changée deux fois pendant la nuit, à cause d'un écoulement purulent assez abondant.

En faisant le pansement le lendemain matin (8 décembre), je constate un écoulement de pus par l'utérus, et je l'attribue à l'évacuation d'un abcès du parenchyme utérin, qui s'est ouvert dans la cavité utérine, ou moins probablement à un abcès péri-utérin formé au niveau de la perforation de la corne gauche, et qui aurait passé inaperçu, malgré que deux fois par jour j'eusse exploré minutieusement le ventre de la malade. Je penche plutôt vers l'abcès utérin, et un autre signe en faveur de cette opinion est que la pression au-dessus du pubis, mais au-dessous du niveau probable de la perforation, accélère la sortie du pus, tandis que la pression plus haut, là où devrait se trouver l'abcès péri-utérin, n'a aucune action. Je change le drain utérin, et par le nouveau drain j'introduis 8 à 10 centimètres cubes d'eau oxygénée pure, sans pression, de façon à ne pas dépasser la perforation utérine et irriter le péritoine; si des adhérences n'existent pas encore à ce niveau.

Dès lors la température tombe à 37 degrés et s'y maintient définitivement. Tous les deux jours, le pansement utérin est renouvelé, et j'introduis de l'eau oxygénée pure de la façon que je viens de dire. Le 12 décembre je retire le drain utérin, l'écoulement purulent ayant beaucoup diminué : je le remplace par une mèche trempée dans une solution de glycérine créosotée.

Le 14, je retire le drain du cul-de-sac postérieur ; depuis quelques jours sa surface extérieure était recouverte d'un exsudat purulent ; d'autre part le suintement était devenu insignifiant.

J'introduis doucement l'hystéromètre dans la cavité utérine, Au niveau de la corne droite, il est arrêté à 8 centimètres. La paroi utérine paraît assez résistante. Au niveau de la corne gauche, après quelques tâtonnements, je retrouve la perforation de la paroi, mais beaucoup plus fermée, et l'hystéromètre y est nettement serré. Je n'insiste pas d'ailleurs, et ayant atteint 11 centimètres, je retire l'hystéromètre, à la suite duquel s'écoule une petite quantité de liquide séro-purulent mélangé de sang. Je remets une mèche créosotée dans la cavité utérine. La pression abdominale à ce niveau est légèrement douloureuse.

Constatant un peu de coprostase, j'ordonne une purgation légère qui est donnée le lendemain et débarrasse complètement la malade.

La douleur disparaît tout à fait, le col utérin reprend peu à peu son aspect normal. L'analyse des urines n'y découvre plus d'albumine. La malade est mise au régime commun, et elle sort complètement rétablie le 1^{er} janvier 1905, un mois juste après son entrée.

OBSERVATION XXIV

(Sourdille)

Infection puerpérale « post-abortionum ». — Colpotomie. — Guérison.

M^{me} A..., âgée de trente ans, entre le 10 avril 1905, à l'hôpital Lariboisière, où elle est couchée au lit n° 35 de la salle Denonvilliers.

Elle raconte qu'il y a quinze jours elle a fait une fausse couche, spontanée, de trois mois environ. Depuis, elle a continué à avoir des pertes rouges, la fièvre s'est déclarée, et son médecin ne veut plus conserver la responsabilité du traitement.

Au moment de son entrée, la malade a une hémorragie abondante par l'utérus, d'odeur légèrement fétide. Le facies est pâle, amaigri, fatigué, le pouls bat à 120, la température est de 37°8. A l'examen, l'utérus est gros et mou, l'orifice du col est revenu sur lui-même et presque fermé.

Le lendemain matin, on procède à un curettage ; après une dilatation extemporanée aux bougies d'Hégar, la curette ramène de nombreux débris placentaires d'odeur putride ; lorsque la curette revient à vide, on fait une injection intra-utérine, et on termine en enfonceant un drain dans la cavité utérine.

La température reste stationnaire à 37 degrés pendant vingt-quatre heures, mais le pouls est toujours petit et fréquent. L'état général est plutôt plus grave.

Le 13 avril au soir, la température monte brusquement de 37 degrés à 39°2.

Le 14, à 39°8 le matin, et 40°9 le soir.

Le 15 au matin, 39 degrés.

Dans cet intervalle, l'état général s'est beaucoup aggravé, la malade a le nez pineé, les yeux excavés; elle présente des phénomènes de dyspnée toxique, le pouls est monté à 150, et l'ensemble de la symptomatologie fait redouter une issue fatale, d'autant que des lavages intra-utérins répétés n'ont produit aucun effet. La malade du reste ne se plaint pas; elle est constipée, mais les gaz sortent librement par l'anus, le ventre est souple, absolument indolore. Le toucher vaginal montre un utérus gros, mais encore mobile; les culs-de-sac sont souples et libres.

Devant l'imminence de la mort, une colpotomie est tentée; le cul-de-sac postérieur est incisé, sans anesthésie préalable à cause de l'état grave; l'utérus n'a pas contracté d'adhérences avec le péritoine pariétal postérieur; il ne s'écoule aucun liquide, pas une seule goutte. Un gros drain est enfoncé à une profondeur de 15 centimètres environ; léger tamponnement vaginal.

L'effet se fait bien vite sentir, alors que la température reste stationnaire à 38°5 environ pendant les vingt-quatre heures qui suivent, l'état général s'améliore rapidement, et le pouls, le soir même, est tombé de 150 à 110. A partir du lendemain, la courbe thermique s'abaisse de plus en plus vers 37 degrés.

Le 18, c'est-à-dire trois jours après le curettage, le thermomètre est 37°5, mais il recommence à monter. L'écoulement utérin, qui était resté purulent et fétide, augmente de nouveau, et la malade se sent un peu plus fatiguée, sans que son état soit à beaucoup près aussi inquiétant qu'avant l'incision du cul-de-sac postérieur.

Enfin, après trois jours d'oscillations thermiques considérables, la malade expulse spontanément une assez grande quantité de débris placentaires volumineux (22 avril). Le lendemain matin, nouveau curettage qui achève de nettoyer l'utérus.

Injection intra-utérine et nouveau drainage.

A partir de ce jour, l'amélioration est graduelle, le drain péritonéal est retiré le 25 avril, le drain utérin est conservé quelques jours de plus par prudence.

La malade sort complètement guérie après une convalescence assez longue mais sans fièvre, le 25 mai 1905.

« Il n'est pas douteux pour moi que la colpotomie a sauvé cette femme, très près de sa fin ; son rôle a été d'autant plus efficace que des débris putréfiés du placenta étaient restés méconnus dans l'utérus ; le drain péritonéal a évacué au dehors, avec la sérosité, la majeure partie des toxines fabriquées dans l'utérus ; il a empêché l'intoxication totale de l'organisme, et il a permis à la malade de résister jusqu'au moment de l'expulsion des restes du placenta, expulsion qui a décidé la guérison définitive. » (Sourdille).

OBSERVATION XXV (Personnelle)

*Pyohémie. — Complication pulmonaire. —
Colpotomie. — Mort.*

Malade soignée depuis un mois à la Maternité de l'hôpital Beaujon pour infection puerpérale consécutive à un avortement. On lui a fait sans succès plusieurs curettages, et comme on manque de place, on nous la passe. C'est une malade très émaciée. Elle a une température de 40 degrés, un pouls très rapide. Elle a une diarrhée profuse et fait sous elle. Elle vomit tout ce qu'elle prend et ne peut supporter qu'un peu de Champagne ; à la région sacrée, escarre commençante.

L'examen local montre un ventre souple, aplati ; le toucher fait voir l'utérus de volume normal. Il semble qu'il y ait un léger effacement du cul-de-sac gauche.

La malade a encore une congestion pulmonaire gauche probablement consécutive à une embolie.

Frissons fréquents irréguliers pendant lesquels la température monte à 40°5 ; soir, 41 degrés.

Devant les symptômes, malgré une généralisation évidente, nous décidons d'inciser le cul-de-sac postérieur le 23 juillet 1908.

Le spéculum montre un léger écoulement purulent par le

col. Nous touchons à l'iode. Incision blanche: On met néanmoins un drain et une mèche iodoformée.

24 juillet. — La température est tombée à 37 degrés. Le poulx semble mieux frappé 100. L'état général paraît meilleur. La malade n'a pas eu de frissons. Alimentation toujours difficile. Léger suintement par le drain.

25 juillet. — Toujours même amélioration.

Les jours suivants, le mieux ne se maintient pas, les frissons réapparaissent peu à peu, la température remonte progressivement jusqu'à 40 degrés, puis devient très irrégulière. Vomissements, diarrhée persistants. Accidents pulmonaires.

10 août. — Abscess de la cuisse gauche qui est incisé et contient du pus en abondance.

Le drain vaginal qui ne donnait plus depuis quelque temps a été retiré.

Le toucher montre les culs-de-sac souples.

On fait pendant quelques jours des frictions de collargol sans effet appréciable.

Quelques jours après, nouvel abscess à la fesse.

La malade va dépérissant de jour en jour, elle a un aspect squelettique. Les eschares font tous les jours des progrès et elle succombe le 22 septembre aux progrès de l'infection.

L'autopsie n'a pas été faite.

Cette observation n'est pas un succès pour la colpotomie, néanmoins nous avons eu un certain soulagement après l'intervention, peut-être était-ce une simple coïncidence.

Nous aurions pu évacuer du pus ; en tous cas, il n'y avait rien d'autre à faire ; par la colpotomie nous n'avons pas nui à la malade, qui n'a jamais présenté de phénomènes pelvi-péritonitiques à la suite de l'intervention.

OBSERVATION XXVI (Personnelle)

*Infection post-partum. — Manie puerpérale. —
Colpotomie. — Mort.*

Berthe B..., âgée de vingt ans.

Entrée à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Bois-sard, le 24 août 1908, pour accoucher.

Père et mère bien portants. Réglée à quinze ans irrégulièrement. Pas de maladies antérieures.

Dernières règles du 27 au 30 novembre 1907.

Mouvements actifs perçus en avril. Au moment de l'accouchement, on trouve une grande quantité d'albumine, qui n'a pas été dosée.

Début du travail le 23 août à 2 heures du soir.

O I G A. Durée de la période de dilatation quinze heures, Accouche spontanément le 24 août à 7 heures du matin d'un enfant de sexe masculin pesant 2 kg. 220.

La délivrance est complète, le placenta pèse 390 grammes et est atteint de dégénérescence calcaire.

Les suites de l'accouchement sont simples. La malade n'a pas de fièvre.

La montée de lait se fait normalement. La malade sort le 30 août, sur sa demande, malgré que nous nous soyons opposés à sa sortie. Elle a encore beaucoup d'albumine.

Chez elle, elle reste, dit son mari, au régime lacté. Dans la nuit du 1^{er} septembre, elle commence à délirer.

Le lendemain 2, le délire qui avait cessé, recommence de plus belle, et on est obligé d'aller chercher son mari à son travail.

Le 3 septembre, un médecin est consulté et ordonne une purgation, qui fait beaucoup d'effet.

Le vendredi 4 enfin, la malade est tellement indocile et agitée qu'on la conduit à l'hôpital. Pendant tout son séjour chez elle, elle n'a pas eu de pertes utérines et elle n'aurait pas eu de fièvre (la température n'a pas été prise).

En médecine on la trouve atteinte d'un délire violent, ayant une quantité d'albumine qui, à l'acide azotique, paraît très importante, mais qui au tube d'Esbach est de un quart de gramme. On lui fait une saignée de 250 grammes qui n'amène pas la cessation des accidents. Comme d'autre part elle a des pertes utérines qui paraissent assez abondantes, on la porte en chirurgie, pour faire un curettage.

Le 5 au matin, température 39°2. Elle est toujours aussi agitée. Notre collègue de chirurgie, qui apprend que la malade a accouché dans notre service, nous la ramène pour faire le nécessaire. Elle a toujours des pertes utérines qui tachent la chemise.

Nous la voyons le 5 au soir. Elle a, après son transport, une

crise d'agitation violente ; on est obligé de se mettre à quatre pour la tenir. Elle a eu un délire de paroles violent, criant et parlant sans cesse ; ses phrases sont sans suite, sans signification aucune. Elle a de l'écholalie, partant sur le dernier mot qu'elle entend, sur une nouvelle phrase délirante.

Nous l'examinons à ce moment et nous trouvons un utérus qui est en état de régression normale. Le col est fermé, les culs-de-sac sont indolores et souples, rien au poulmon ni au cœur ; le pouls est très rapide. La température de 38°5. L'urine extraite de la vessie, à la sonde, donne à l'acide azotique un abondant précipité qui occupe tout le fond du verre.

Devant les symptômes, on se décide à faire une saignée abondante, 500 grammes. Lavement purgatif.

Le soir à 9 heures, la malade paraît plus calme et semble dormir. Dès qu'on l'approche, le délire recommence.

Le 6, même état, la malade a divagué toute la nuit ; toujours même flux de paroles sans suite ; attitudes catatoniques. La malade urine sous elle. Température : 39°5. Pouls très rapide.

Le soir, même état, 39°5.

7 septembre. — La nuit a été à peu près calme ; toujours même délire de paroles. Le facies est, semble-t-il, plus altéré, pommettes excavées, langue sèche, haleine fétide.

On fait un nouvel examen, et on ne trouve rien d'anormal, ni à l'utérus, ni aux culs-de-sac. La température est à 39 degrés. Pouls : 140. M. Demelin qui la voit avec nous porte un pronostic très défavorable ; nous discutons devant cet état infectieux, l'hypothèse de l'hysteroctomie et nous la rejetons à cause de l'état général grave de la malade qui semble ne pas devoir supporter un pareil traumatisme. M. Demelin veut bien nous autoriser à pratiquer une colpotomie si les symptômes ne se sont pas amendés le lendemain matin.

Le soir, température : 38°5. Pouls : 130. La malade est plus calme, mais le facies est plus altéré, la bouche est ouverte, la langue sèche.

8 septembre, au matin. — Température : 37°9. Pouls : 130.

La malade est assez calme quand on n'est pas auprès d'elle, mais le facies est toujours très altéré. De plus, il y a des secousses musculaires de la face, et dans les membres inférieurs. Nous nous décidons à faire la colpotomie :

Anesthésie rapide au chlorure d'éthyle, 5 grammes.

Incision du cul-de-sac postérieur. Il ne s'écoule pas de liquide.

Nous mettons néanmoins un drain qui s'enfonce en arrière de l'utérus de 5 à 8 centimètres. Le vagin est bourré à la gaze stérilisée.

Le soir, température : 38° 3. Pouls : 140. Le facies est meilleur, la langue plus humide. La malade boit plus volontiers. Il y a toujours des secousses fébrillaires dans les muscles de la face et des membres.

Le mari de la malade vient la voir pour la première fois depuis son arrivée, et elle ne le reconnaît pas.

9 septembre. — L'agitation se calme, on ne peut arracher une parole à la malade qui a encore des mouvements désordonnés des muscles de la face et des jambes à tel point qu'on est obligé de l'attacher dans son lit.

Pansement. La compresse vaginale est imbibée d'un liquide purulent fétide. On touche le vagin avec un tampon trempé dans de l'eau oxygénée pure. Tamponnement vaginal.

Le soir, même état.

10 septembre. — La malade paraît plus affaissée, le pouls, cependant, semble meilleur : 132. Température 39° 2, mutisme complet, somnolence.

Pansement. Emportant la malade sur la table à spéculum on voit qu'il coule un liquide par le drain. La mèche vaginale en est tout imbibée. Dans le vagin, liquide roussâtre fétide de 40 à 50 centimètres cubes.

Le drain est changé. Toujours pas de lavage par le drain.

Nous partons à ce moment en vacances et quand nous rentrons, le 20 septembre, nous voyons de nouveau la malade. La ligne de température a fait une chute très régulière en lysis aboutissant à 37 degrés le 18 septembre. Le pouls a été aussi en s'abaissant, sans cependant descendre au-dessous de 110-120. Le 15 septembre, elle a eu un moment de lucidité, disant son nom, demandant à voir son enfant. Le drain vaginal, qui ne donnait pas, a été retiré le 13. Depuis deux jours, la température est remontée à 39 degrés, le pouls est à 140.

L'état général est de nouveau très grave. Mon collègue Bonvoisin, qui soigne la malade, fait un examen local et ne trouve rien. Les culs-de-sac sont absolument souples, le ventre pas ballonné. Rien au poulmon. Devant cet absence de signes de localisation, il décide de faire un abcès de fixation, suivant la méthode de Fochier.

Nous voyons avec lui la malade dans ce grave état général ; nous lui conseillons, malgré qu'il n'y ait rien dans le Douglas, de dilater l'orifice de la colpotomie et de redrainner. Le soir, il trouve la malade tellement affaissée qu'il juge tout traitement inutile.

Elle meurt le lendemain. L'autopsie ne peut être faite.

La colpotomie n'a pas amené la guérison. Nous dirons cependant qu'elle n'a pas nui en ce sens que la malade n'a pas eu de phénomènes péritonéaux consécutifs.

La température est tombée, le pouls est devenu moins rapide ; peut-être si on avait redrainé, à la nouvelle élévation de température, aurait-on évacué une collection purulente, ou déterminé une nouvelle réaction favorable ?

OBSERVATION XXVII

(Taylor. — *Brit. gynæck. J. London*, 1905-1906, 75-87)

*On the value of colpotomie, in the thrombotic
form of puerperal fever*

Thrombo-phlébite utérine. — Colpotomie. — Guérison:

F..., trente ans, deux enfants.

Enceinte vers la fin de février 1904.

Se fit avorter elle-même en s'introduisant des morceaux d'os dans le col de la matrice, pendant plusieurs mois, tous les jours.

4 juin. — Issue d'un fœtus de trois mois et on vide l'utérus sous chloroforme.

Rien pendant trois jours, puis frissons, sueurs, et, sur la fin de juin, elle était d'une pâleur mortelle, avec pouls 131. Facies anxieux.

Toucher vaginal, tuméfaction dure, étendue à droite ; j'ai supposé que c'était un petit abcès d'autant plus qu'il y a déjà eu évacuation de pus par le vagin avec atténuation des symptômes.

Opération le 7 juillet. — Température 39. Pouls 148. Ouverture du Douglas. Je trouve, comme je m'y attendais, que la tumé-

faction était constituée par la thrombose de la veine ovarienne droite. Il ne me semble pas avoir ouvert, pendant l'opération, aucune collection. Je tamponne la région derrière le thrombose avec de la gaze iodoformée.

Amélioration. Quinze jours après la malade entre en convalescence.

OBSERVATION XXVIII

(Taylor *id.*)

Thrombo-phlébite utérine. — Colpotomie. — Guérison.

Quarante ans. 11 enfants. Accouchée à terme le 20 juin 1904, et semblant aller bien pendant plusieurs jours. Au huitième jour, température 40 degrés, oscillation entre 38 et 41 degrés. Je la vois le 6 juillet, je trouve une petite déchirure du col sans aucun signe de rétention placentaire ni de tuméfaction ou tumeur péri-utérine.

Il n'y avait pas eu de frissons, je portai un bon pronostic et n'entendis plus parler d'elle pendant cinq jours. Je la revois vers le 15 juillet, en pleine cachexie avec température 41 degrés. On sent très facilement une thrombose utérine droite s'étendant vers la paroi du bassin, sans aucun écoulement vaginal hémorragique ou autre. Je l'opérai le 21 juillet et je trouvai à l'ouverture, un abcès dans le col utérin. En disséquant le ligament large à droite je trouve un deuxième abcès de la paroi utérine près l'extrémité utérine du thrombus. J'ouvre ensuite le péritoine et explore le bassin et je laisse une mèche iodoformée en arrière de l'utérus dans le ligament large droit.

La malade commence à s'améliorer depuis huit jours.

OBSERVATION XXIX

(Taylor. — *Id.*)

Thrombo-phlébite utérine. — Colpotomie. — Guérison.

F..., trente-huit ans, a accouché pour la quatrième fois le 30 août 1904. Le quatrième jour, température 38°5 et le docteur

Garman trouve dans l'utérus une sorte de tuméfaction qu'il brise avec le doigt. Les jours suivants malgré cinq injections intra-utérines, la température monte de 1 degré et le sixième jour, je vois la malade. Je trouve une petite tumeur sessile à base grosse comme une pièce de 2 francs adhérent à la base de l'utérus. La tumeur ressemblait à un placenta succenturié. Je l'enlevai par énucléation le 7 septembre, et elle se trouva être de nature fibreuse. L'utérus est tamponné à la gaze iodoformée, la malade eut un frisson et s'améliora ensuite. Le 11 septembre, monte progressivement jusqu'à 41 degrés. Pouls 140. Je revois la malade et je trouve les signes d'une thrombose du côté droit. On l'amène à Birmingham le 20. Je l'opère deux jours après. En ouvrant le tissu à droite et derrière l'utérus au voisinage de l'extrémité utérine du thrombus je tombe sur un petit abcès de contenu sale et fétide. Il est nettoyé, curetté, tamponné à la gaze.

La malade guérit en huit jours.

Il conclut :

L'opération idéale serait de lier les veines et d'enlever le caillot. Mais l'opération est impossible par une incision vaginale ; et la malade est dans un état général trop faible pour supporter une opération abdominale.

OBSERVATION XXX

(Latzko. — *Die chirurgische therapie des puerperalprozesses. Wiener Kl. Wochensch.*, p. 555, 1907.)

Thrombo-phlébite puerpérale. — Ablation des veines par voie vaginal. — Guérison.

Le 17 janvier, entrée dans mon service, la malade eut une grave phlébite utérine qui me donna l'occasion de tenter une opération excellente, que je crois nouvelle.

Elle avait accouché spontanément le 6 janvier 1906.

14 janvier. — Fièvre, frissons.

17 janvier. — Elle entre à l'hôpital. Température 39°2.

Pouls 100. Dans les deux ligaments larges, tuméfaction dure.

Diagnostic. — Phlébite puerpérale double.

Le même jour, frissons.

21 janvier. — *Opération.*

Je décide d'enlever les veines thrombosées par voie vaginale. J'incise d'abord le côté droit du lieu de l'infiltration. J'avance lentement, suivant le toucher, pénétrant avec le doigt et les ciseaux mousses sur l'infiltration qui se laisse pénétrer donnant une hémorragie massive. Je sentais un cordon gros comme un crayon que je sectionnai et enlevai facilement ; c'étaient des veines thrombosées qui macroscopiquement avaient des parois épaissies et qui étaient malades histologiquement ; à gauche, je fis la même chose.

Après l'opération, les infiltrats disparaissaient : à leur place était une grosse cavité à parois déchiquetées. L'hémorragie s'arrêta facilement avec le tamponnement, la chute de la température se fit en lysis, il n'y eut plus de frissons.

CONCLUSIONS

1° La colpotomie doit être essayée dans tous les cas d'infection puerpérale aiguë, quand on pense que les microbes ont dépassé la barrière utérine.

2° L'incision du cul-de-sac postérieur est d'une technique facile; elle est bénigne et peut par conséquent être très précoce.

3° Elle doit être préférée à l'hystérectomie qui agit comme elle, en drainant, mais qui est un traumatisme trop violent pour des malades fortement infectées; on doit de même la préférer à la laparotomie qui présente les mêmes inconvénients.

4° Dans les cas de péritonite aiguë, elle devra être essayée, comme moyen d'attente; si le liquide s'évacue mal, si, par la marche de la température, par la persistance des signes généraux graves, par la persistance des signes physiques, on a lieu de penser qu'il y a des foyers limités de péritonite enkystée, on pourra ultérieurement établir le drainage abdomino-vaginal.

5° Très souvent la colpotomie décèlera l'existence de collections péritonéales qu'aucun signe clinique ne faisait soupçonner.

6° Dans les cas d'infection puerpérale, sans épanchement péritonéal, elle peut donner des succès.

7° Quand il y a perforation de l'utérus puerpéral, surtout si cette perforation siège à la face postérieure de

l'organe, la colpotomie permet d'évacuer les liquides septiques qui ont tendance à tomber au point déclive et de parer ainsi à l'infection.

8° Dans les cas de collection limitée au Douglas, la colpotomie sera de règle toutes les fois qu'il y aura un abcès bombant dans le cul-de-sac postérieur; elle donnera de même issue au pus contenu dans un phlegmon du ligament large.

9° Dans les phlébites péri-utérines on aura avantage à drainer par le Douglas des abcès périphlébitiques et on pourra, dans quelques cas, enlever les veines thrombosées.

10° Dans les cas où on évacuera du pus libre dans la grande cavité péritonéale, les lavages par le drain seront inutiles car ils risqueraient de porter l'infection dans les régions supérieures, peut-être encore indemnes.

En résumé, dans le traitement de l'infection puerpérale, la colpotomie a deux genres d'indication :

1°) Indication acceptée par tout le monde quand il y a un abcès qui bombe dans le vagin.

2°) Indication plus discutée et que nous croyons légitime dans les cas d'infection puerpérale grave sans signes cliniques de localisation.

Vu : Le Président de la thèse

SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1907.
- BERRUTI. — La colpotomia e la coelotomia nelle infezioni puerperali gravi. Gior. de gynec. e de pediat. Torino, 1906, 129-134.
- BOISSARD. — Les sérums et l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'infection puerpérale. La Clinique. Paris, 1907, p. 597-599.
- BOLDT. — The surgical treatment of puerperal infection. American Journ. of obst., 1903.
- BONAMY. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Thèse de Paris, 1899.
- BONNAIRE et JEANNIN. — Le collargol dans le traitement de l'infection puerpérale. L'Obstétrique, avril 1908.
- BOQUEL. — Note sur la laparotomie suivie de drainage dans l'infection puerpérale. Archives de Médecine d'Angers, avril 1903.
- BOUILLY. — Congrès français de Chirurgie, 1889.
- BOURDON. — Revue médicale, 1841.
- BUDIN. — Traitement de l'infection puerpérale. Académie de Médecine, juillet 1901.
- BUDIN et BRINDEAU. — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1901, t. IV.
- Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris. Traitement des péritonites purulentes, 1897. — La voie vaginale dans les suppurations pelviennes, 1898. — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale, 1901.
- Bulletin et mémoires de la Société d'Obstétrique, 1902. — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale.
- BUMM. — Berliner Klinische Wochench., 1905, n° 27, p. 289.

- CAMADAY. — Present treatment of puerperal sapremia and puerperal sepsis. American J. of Obst., nov. 1907, p. 608.
- CARNUS (Jean). — Etude comparative des divers traitements de l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1904-1905.
- CHRISTEANU. — Hystérectomie et infection puerpérale aiguë. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1904, p. 617.
- Congrès de Rouen, 1902. — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale. W. A. Freund, Tuffier, H. Treub, Lœper, Terrier. Revue de Gynécologie, 1902, p. 861-925.
- Congrès de Madrid, 1903. Pinard.
- Congrès de Rouen. Potocki.
- Congrès de Bruxelles, 1905. Traitement de la péritonite généralisée. Krogius.
- CRAGIN (B.). — American J. of Obst. m. 1906, p. 776.
- CUFF (A.). — The J. of Obst. and Gyn. of the British Empire, mai 1906, p. 317.
- DELBET (Pierre). — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1890.
- DEVÈZE (M.). — Montpellier médical, 1907, n° 19.
- DOLÉRIS. — Traitement intégral de l'infection puerpérale. La Gynécologie, fév. 1906, p. 1.
- FAIX. — Quelques mots sur la ligature des veines du bassin dans la pyohémie puerpérale. Bull. de la Société d'Obst. de Paris, 1906, p. 325-333.
- FLEMMING. — Report of a case of puerperal infection treated by the Pryor method med Brief. Saint-Louis, 1907.
- FOURNIER. — Indications de la colpotomie postérieure. La Gynécologie, 1904, p. 116.
- GEORGHIU. — Discussion sur le rapport présenté par M. Georghiu sur le traitement de l'inf. puerpérale. Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest, 1906-1907, p. 134-147.
- GIUCCIARDI. — La cura chirurgica nelle infezione puerpuérale a forma thrombophlebitica. Ann. di obst. Milano, 1906, 1-47.
- GUÉNIOT (Paul). — Peritonite puerpérale colpotomie. Bulletin de la Société d'Obst., 1904.

- Péritonite puerp. colpotomie. Annales de la Société d'Obst. de France, 1905.
- HERBÉCOURT (J.-E d'). — De la voie vaginale sans hystérectomie Th., Paris, 1901.
- HERVIEUX. — Traité des maladies puerpérales suites de couches, Paris, 1870.
- HÆCKEL. — Deutsch med Woch. 1905, n° 41, p. 1637.
- JEANNIN. — Des infections puerpérales putrides. Th., Paris, 1902.
- Péritonite puerpérale colpotomie. Bull. et mém. de la société d'Obst. 1904.
- Traitement chirurgical des péritonites puerpérales. L'Obstétrique, mai 1906.
- De la conduite à tenir en présence d'une femme atteinte d'infection puerpérale. Médecin praticien, Paris, 1907.
- KALTENBACH. — Arch. J. Klin. Med. 1876, t. XVII, p. 99.
- KOWNATZKI. — Zur behandlung der freien puerperalen peritonitis mit Laparotomie und Drainage. Berl. Klin Wochensch., 1905, p. 30.
- LABUSQUIÈRE. — Péritonite et pyohémie puerpérales. Traitement chirurgical. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Paris, 1906, 416-431.
- LAPOINTE. — A propos de certaines perforations gangréneuses de l'utérus *post-abortionum*. Ann. de Gynécol. et d'Obst. de Paris, 1906, p. 582.
- Laparotomie et hystérectomie dans le traitement de la grande infection puerpérale. La Clinique, 1906, p. 195.
- LATZKO. — Die chirurgische therapie des puerperalen prozesses. Wiener Klin Wochenschrift, 1907, p. 555.
- LE DENTU. — Les infections puerpérales et leur traitement. Bulletin médical, 1905, p. 417.
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence.
- Absès pelvi-péritonitiques. Semaine médicale, 1908, p. 289-292.
- LEMIERRE. — Thèse de Paris, 1904.
- LÉOPOLD. — Rapport au congrès de Rome, 1902.
- Zur operation Behandlung der puerp. perit. und pyämie Arch. f. gynäk, 1906, p. 1-33.

- MACÉ. — Infection puerpérale et hystérectomie. L'Obstétrique, janvier 1903.
- MAUGIN. — Traitement de l'avortement incomplet et des injections consécutives immédiates. La Gynécologie, mars 1908.
- MARQUIS. — Staphylococcie et coli-bacillose puerpérales. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1908, p. 207.
- MAUCLAIRE. — Bulletin de la Société d'Obstétrique, janvier 1905.
- MIQUEL. — Des perforations graves de l'utérus. Thèse de Paris, 1902.
- MORLET. — Perforation de l'utérus puerpéral, *post-partum* et *post-abortionum*. Thèse de Paris, 1905.
- MOUCHOTTE. — Thèse de Paris, 1903.
- NATANSON-RAPPORT (M^{me}). — Contribution à l'étude de l'infection puerpérale et en particulier de son traitement. Thèse de Paris, 1908.
- NOBLE. — Treatment of puerperal infection. American. J. obs. Avril 1908, p. 189.
- OPITZ. — Zur chirurgical Behandlung der puerperal pyämie. Deutsch med. Wochensh. 1905, p. 2008.
- PILLET. — Péritonite puerpérale généralisée *post-abortionum* Journal des Praticiens, 1907, p. 487.
- PINARD et WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale. Paris, 1896.
- PICQUÉ. — Intervention chirurgicale dans les septicémies chirurgicales. Semaine gynécologique, 1901.
- PROCHOWNICK. — An Auscheidung der puerperalen septischen Gebärmutter. Monatsch J. Geb u gyn. Bd IX-756 et bd X, p. 14.
- REBBREYEND. — Des plaies perforantes de l'utérus. Thèse de Paris, 1902.
- RESINELLI. — La diagnosia e la terapia della infezioni puerperali — Arte obstetrica, 1905, 20-24 ; 1906, 2-3.
- RIBEMONT-DESSAIGNE ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- ROBB H. (Cleveland). — American gynecology, juin 1903.
- ROGER (Jean). — Interventions opératoires et choix de l'intervention dans les suppurations pelviennes. Thèse de Paris, 1900.
- SEIGERT. — Zeitschr f. Gebund Gynec., 1906. Bd LVII, p. 344.

- SEITZ. — Zur chirurgical Behandlung der puerperal pyämie. Munschener Med. Wochensch. LII, 2585.
- SINCLAIR. — Surgical treatment of puerp. feber. Surgery Gynec and Obst., nov. 1907, p. 561.
- SOURDILLE (Léon). — Traitement de l'infection puerpérale grave par la laparotomie ou la colpotomie sans hystérectomie. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1905, p. 857.
- STEVENS. — Puerperal septicemia. The Boston surg. J., janvier 1908, p. 12.
- STEWART. — Surgical treatment of puerperal infection. Am. J. of Obst. New-York, 1906, 224-238.
- SYNÉPHIAS. — Suppurations péri-utérines post-puerpérales et *post-abortionum*. Leur traitement par élytrotomie. Th. de Paris, 1894.
- TARNIER. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, p. 725.
— Traitement de l'infection puerpérale. Bulletin médical, 1895.
- TAYLOR. — On the value of colpotomie in the thrombotic form of puerperal feber. Brit. Gynec. London, 1905-1906, 75-87.
- TRUC. — Traitement chirurgical de la péritonite. Thèse d'agrégation, 1886.
- TURENNE. — Traitement de l'infection puerpérale. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1907, 449-464.
- VIGNARD. — Recherche sur le meilleur mode de drainage. Bulletin médical, 1902.
- WEISS (de Nancy). — Bull. et mém. de la Société de Chirurgie, 1904, p. 393.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Essai d'anatomie pathologique.....	11
Les diverses méthodes opératoires.....	14
Séméiologie de l'infection puerpérale.....	29
Formes cliniques et indications opératoires.	39
I. — <i>Malades ayant accouché ou avorté récem-</i> <i>ment.....</i>	40
II. — <i>Femme qui a accouché ou avorté depuis quel-</i> <i>que temps déjà.....</i>	55
Technique opératoire.....	61
Résumé et pronostic opératoire.....	71
Observations.....	74
1° <i>Péritonite cliniquement diagnostiquée.....</i>	74
2° <i>Péritonite non diagnostiquée cliniquement.....</i>	88
3° <i>Perforation utérine.....</i>	97
4° <i>Pelvi-péritonite.....</i>	101
5° <i>Infection puerpérale sans atteinte péritonéale....</i>	112
Conclusions.....	127
Bibliographie.....	129

